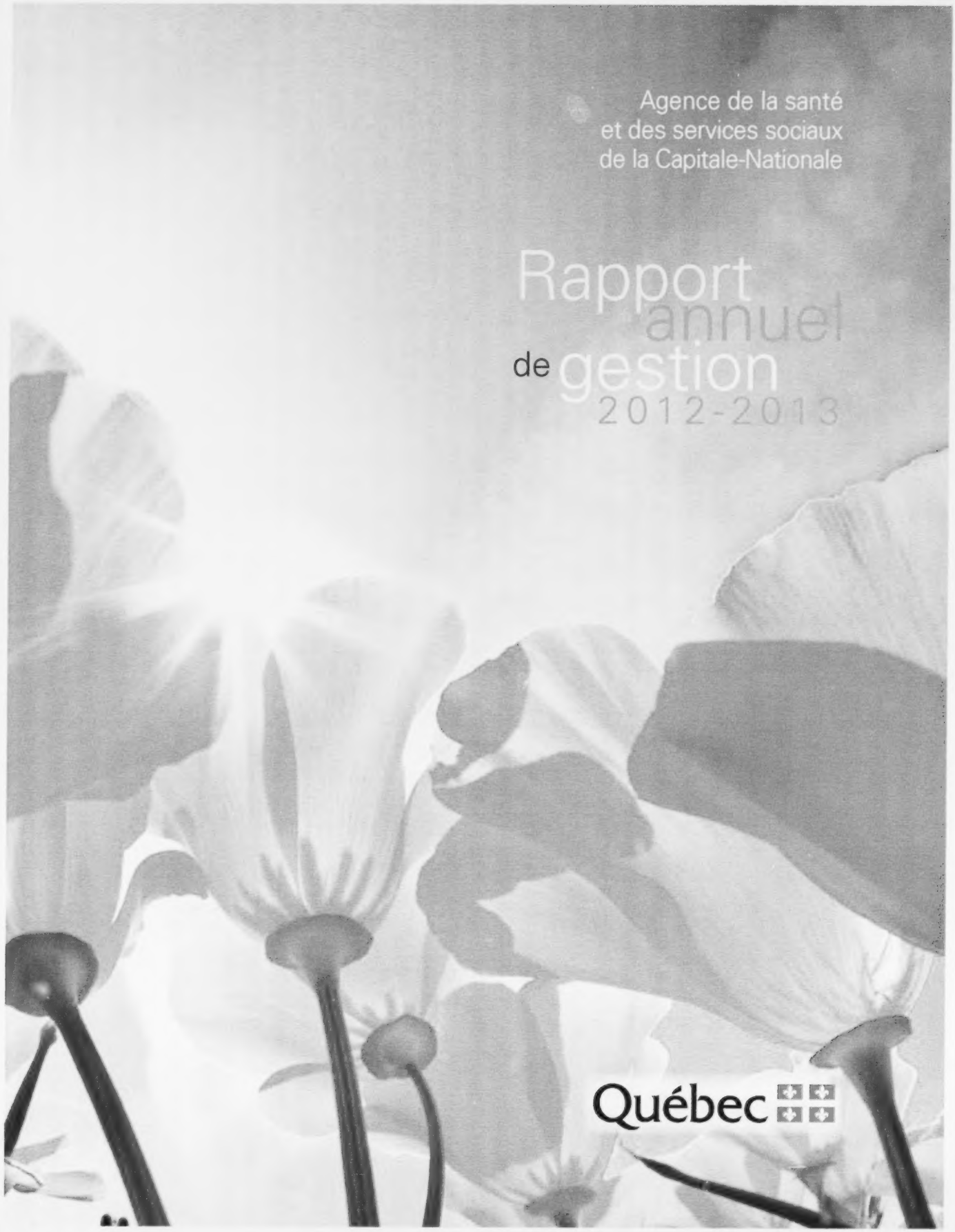
Agence de la santé
et des services sociaux
de la Capitale-Nationale

Rapport annuel de gestion 2012-2013



Québec

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Capitale-Nationale

Rapport annuel de gestion 2012-2013

Adopté à la séance ordinaire non publique du
conseil d'administration du 12 septembre 2013

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse Internet

www.rrsss03.gouv.qc.ca, section Documentation, rubrique Publications.

Pour obtenir un exemplaire de ce document, veuillez adresser votre demande à :

Centre de documentation

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

2400, avenue D'Estimauville

Québec (Québec) G1E 7G9

Téléphone : 418 666-7000, poste 217 ou 521

Télécopieur : 418 666-2776

Courriel : cdocagence03@ssss.gouv.qc.ca

Le genre masculin est utilisé dans ce document et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

ISBN : 978-2-89616-198-0 (version imprimée)

978-2-89616-199-7 (version électronique)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

La reproduction de ce document est permise, pourvu que la source soit mentionnée.

Référence suggérée :

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Rapport annuel de gestion 2012-2013*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2013, 179 p. et annexes.

© Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Message du président du conseil d'administration et du président-directeur général de l'Agence

C'est avec plaisir que nous vous présentons le Rapport annuel de gestion 2012-2013 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Fruit des efforts déployés dans la dernière année par les 34 000 employés de notre réseau régional, ce rapport annuel dresse le bilan des grands dossiers et des activités usuelles pour chacun des programmes clientèles ou des services.

Le présent rapport intègre également, pour l'année 2012-2013, la reddition de comptes des ententes de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux avec l'Agence et de l'Agence avec son réseau d'établissements. Les résultats sont présentés selon quatre catégories : les priorités ministérielles, les indicateurs de la Planification stratégique 2010-2015 du Ministère, les engagements de la Planification stratégique en santé et services sociaux de la Capitale-Nationale 2010-2015 et les activités prévues au Plan d'action régional de santé publique 2009-2015 de la Capitale-Nationale.

Dossiers marquants

En ce qui concerne les dossiers marquants de la dernière année, deux établissements de la région de la Capitale-Nationale, soit le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) et le Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec (CHA) ont fusionné, en juillet 2012, pour former le CHU de Québec.

Par ailleurs, les représentants de l'Agence se sont rendus devant la Commission de la santé et des services sociaux, en janvier 2013, pour l'étude de ses rapports annuels de gestion 2009-2010 à 2011-2012.

Ressources humaines et informationnelles

Sur le plan de la stratégie régionale de main-d'œuvre, 2012-2013 aura marqué la cinquième année d'existence de la campagne de promotion des métiers de la santé et des services sociaux, sous le thème « Sauve des vies ». Cette campagne présente, une fois de plus, d'excellents résultats.

Le projet pilote ministériel « Lean », soutenu par l'Agence, s'est poursuivi à l'Hôpital Saint-François d'Assise du CHU de Québec. Ce programme permet l'implantation d'une culture d'amélioration continue de la performance. Au total, quatre des dix projets prévus au mandat ont été réalisés et les résultats sont probants.

En ce qui concerne le déploiement du dossier de santé du Québec dans la Capitale-Nationale, il est maintenant déployé dans 133 pharmacies, 17 groupes de médecine de famille (GMF), 4 cliniques, 5 urgences, 5 CLSC (en pharmacies et en consultations externes), comptant ainsi plus de 1 200 utilisateurs.

Santé publique

Plusieurs dossiers de santé publique ont retenu l'attention au cours de la dernière année.

En effet, le Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2012 et le Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé 2012 ont été publiés. Un nouveau site Internet, l'Espace informationnel en surveillance de la santé de la population de la

Capitale-Nationale (www.eisscapitalenationale.gouv.qc.ca) a été lancé et le site Internet régional du Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) (www.depistagesein.ca) a fait l'objet d'une refonte. De plus, les actions concernant le Plan d'action stratégique pour la mise en œuvre du Plan d'action régional et des plans d'action locaux de santé publique se sont poursuivies.

Par ailleurs, l'été 2012 a été marqué par une éclosion de légionellose à Québec. La majorité des personnes touchées provenaient de la Basse-Ville de Québec. Une tour de refroidissement à l'eau a été dépistée comme la source de cette éclosion. En décembre 2012, le directeur régional de santé publique a déposé un rapport contenant plusieurs recommandations. Une enquête publique du coroner a aussi été enclenchée.

Le dossier de la contamination atmosphérique concernant le nickel dans l'arrondissement La Cité-Limoilou a fait surface en octobre 2012. Devant les préoccupations des citoyens, la Direction régionale de santé publique (DRSP) a amorcé, à l'hiver 2013, la rédaction d'un avis de santé publique visant à qualifier le risque et les effets sur la santé de cette exposition environnementale. L'avis sera rendu public au printemps 2013.

Santé physique

En 2012-2013, le développement et la consolidation des services médicaux de première ligne se sont poursuivis. Un nouveau groupe de médecine de famille (GMF) a été accrédité, en juin 2012, par le ministère de la Santé et des Services sociaux. La région compte maintenant 29 GMF, où travaillent environ 440 médecins, 90 infirmières cliniciennes et quelques infirmières praticiennes. Sur le plan des cliniques-réseau Québec (CRQ), les travaux se poursuivent afin de mettre sur pied deux nouvelles CRQ, lesquelles s'ajouteront aux huit cliniques existantes. Ces ajouts permettront d'atteindre l'objectif de départ de dix cliniques de ce type dans la région de la Capitale-Nationale. Par ailleurs, depuis la mise en place des quatre guichets d'accès pour la clientèle sans médecin de famille en 2009, plus de 55 000 personnes s'y sont inscrites et plus de 90 % d'entre elles ont été recommandées à un médecin de famille. Globalement, c'est près de 535 000 personnes qui sont inscrites à un médecin de famille.

Certaines urgences de la région, particulièrement celles du CHU de Québec et de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie (IUCPQ) ont connu des périodes très achalandées au cours de l'année 2012-2013. L'éclosion de légionellose, survenue à l'été 2012, a eu un impact sur l'achalandage et les séjours dans les urgences ainsi que sur l'utilisation des unités de soins intensifs et d'hospitalisation. En plus de l'enjeu majeur qui existe concernant l'accès aux lits d'hospitalisation pour la clientèle en fin de soins actifs, l'année 2012 a été particulièrement difficile en lien avec les longs séjours de la clientèle en santé mentale dans les urgences. Sur le plan des mesures déployées pour améliorer la situation, notons l'ouverture d'une centaine de places en ressources intermédiaires, la tenue de travaux sur les urgences psychiatriques, les démarches « Lean » et le programme Alliance dédié aux grands utilisateurs de services.

Mentionnons par ailleurs que pour les services aux personnes handicapées, un développement de près de 2 millions de dollars a permis la consolidation des services destinés aux personnes présentant une déficience intellectuelle, un trouble envahissant du développement ou une déficience physique. Ces ressources ont été consenties autant pour les services de première ligne, les organismes communautaires et les services spécialisés.

Finalement, le conseil d'administration a adopté, en avril 2012, le Programme de lutte contre le cancer et son plan d'action.

Immobilisations

En 2011-2012, des sommes importantes ont été investies dans des projets immobiliers majeurs sur le territoire de la Capitale-Nationale.

En effet, en mars 2013, le ministre de la Santé et des Services sociaux, le Dr Réjean Hébert, a autorisé la mise à l'étude du projet de construction d'une nouvelle buanderie Partagec inc., soit la réalisation du concept et des plans et devis préliminaires. Ce projet autofinancé permettra de desservir les établissements de santé et de services sociaux de la région de la Capitale-Nationale.

Du côté des hôpitaux du territoire de Charlevoix, à la suite d'un premier dépôt en mai 2012, le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du territoire a déposé, en mars 2013, le programme fonctionnel et technique (PFT) et le dossier d'affaires initial (DAI) révisés pour le projet du nouvel hôpital à Baie-Saint-Paul afin d'obtenir une autorisation pour réaliser le dossier d'affaires final (DAF), selon un mode de réalisation « clé en main ». Dès cette autorisation obtenue, les différentes instances gouvernementales procéderont à l'évaluation du PFT et du DAI du nouvel hôpital à La Malbaie, également déposés par le CSSS. Les travaux de réhabilitation parasismique de l'Hôpital de La Malbaie, de l'ordre de 12 millions de dollars, ont débuté en février 2013 et se poursuivront jusqu'en décembre 2013.

Le projet d'agrandissement et de rénovation de L'Hôtel-Dieu de Québec s'est poursuivi en 2012-2013. L'étape « concept » pour chacun des deux volets du projet a été déposée en mars 2013. Le projet a été temporairement suspendu à la mi-mars 2013 puisqu'à la suite d'une demande du CHU de Québec et d'une recommandation de l'Agence, le ministre de la Santé et des Services sociaux a autorisé l'analyse d'une nouvelle solution immobilière sur le site de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus. Par le fait même, le ministre a confié à l'Agence le mandat d'amorcer les réflexions quant à l'utilisation des locaux laissés vacants par un transfert éventuel, le cas échéant, des activités de L'Hôtel-Dieu de Québec sur le site de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, selon des critères bien précis. Les résultats de ces analyses seront déposés au Ministère à l'été 2013.

Remerciements

Nous souhaitons remercier les milliers d'employés du réseau régional pour leurs efforts investis au quotidien afin d'offrir des soins et des services de qualité à la population. Nous remercions aussi les employés de l'Agence pour leur apport indéniable dans l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Nous profitons également de l'occasion pour remercier les administrateurs bénévoles qui contribuent, par leur implication, au maintien et au développement de soins et de services de santé accessibles, continue et de qualité. Tout au long de l'année 2012-2013, la région a accompli de grandes choses et l'année qui suit se veut l'occasion, une fois de plus, de conjuguer les efforts afin que le réseau régional puisse grandir vers un but commun : le mieux-être des personnes malades et le bien-être des gens vulnérables.

Yves Blouin
Président

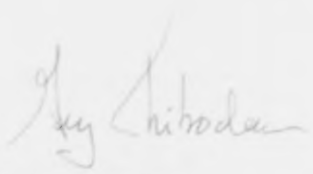
Guy Thibodeau
Président-directeur général

Déclaration du président-directeur général sur la fiabilité des données contenues dans le rapport de gestion de l'Agence et des contrôles afférents

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de soutenir la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que des travaux ont été faits afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, spécialement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2012-2013 de l'Agence ainsi que les contrôles afférents sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2013.



Guy Thibodeau
Président-directeur général

Table des matières

Page

1 PRÉSENTATION DE L'AGENCE 13

1.1 MISSION ... 13
1.2 PLAN D'ORGANISATION ... 14
1.3 CONSEIL D'ADMINISTRATION ... 15
1.3.1 Audition de l'Agence à la Commission de la santé et des services sociaux ... 15
1.3.2 Membres du conseil d'administration ... 15
1.4 COMITÉ DE GOUVERNANCE ET D'ÉTHIQUE ... 16
1.5 ÉTABLISSEMENTS PUBLICS ET PRIVÉS CONVENTIONNÉS ... 17
1.6 ÉTABLISSEMENTS OFFRANT DES SERVICES SUPRARÉGIONAUX ... 17
1.7 ÉTABLISSEMENTS AYANT UNE MISSION RÉGIONALE ... 17
1.8 CENTRES HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES ET INSTITUTS ... 18
1.9 COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE DE LA CAPITALE-NATIONALE ... 18
1.10 COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE DE LA CAPITALE-NATIONALE ... 18
1.11 TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE (TRCDMS) ... 19
1.12 COMITÉ RÉGIONAL POUR LES PROGRAMMES D'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE DE LA CAPITALE-NATIONALE ... 20
1.13 COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES DE LA CAPITALE-NATIONALE ... 20
1.14 DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE (DRMG) DE LA CAPITALE-NATIONALE ... 21
1.15 RESSOURCES HUMAINES DE L'AGENCE ... 21
1.16 GESTION DES RISQUES ET DE LA QUALITÉ ... 22

2 ACTIVITÉS DE L'AGENCE 23

2.1 ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ ... 23
2.1.2 Ressources humaines ... 24
2.1.2.1 Stratégie régionale de main-d'œuvre et planification de main-d'œuvre – Campagne de promotion des carrières en santé et services sociaux ... 31
2.1.2.2 Projet pilote ministériel « Lean » à l'Hôpital Saint-François d'Assise (HSFA) ... 31
2.1.2.3 Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux - Édition 2011-2012 ... 31
2.2 MONITORAGE DES SERVICES ... 32
2.2.1 Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, des partenaires, des gestionnaires et des employés ... 32
2.3 RESSOURCES MATÉRIELLES, FINANCIÈRES ET INFORMATIONNELLES ... 38
2.3.1 Téléphonie IP ... 40
2.3.2 Visioconférence ... 40
2.3.3 Gestion du parc des postes de travail ... 40
2.3.4 Regroupement des centres de traitement de données ... 40
2.3.5 Système de paie ... 41
2.4 INFORMATISATION DU RESEAU ... 41
2.4.1 Développement des dossiers médicaux électronique (DME) ... 41
2.4.2 Répertoire des ressources ... 41
2.4.3 Plan de gestion en ressources informationnelles ... 42
2.4.4 Technocentre régional ... 42

2.4.5 Système d'information sur les usagers (SIU) 43
2.4.6 Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) 43
2.4.7 Services de consultation de résultats de laboratoire 43
2.4.8 Dossier clinique informatisé (DCI) 44
2.4.9 Mesures d'optimisation 44
2.4.10 Dossier de santé du Québec 44
2.5 IMMOBILISATIONS, TECHNOLOGIES MÉDICALES ET ÉQUIPEMENTS 45
2.5.1 Partagec 45
2.5.2 Dossier des hôpitaux de Baie-Saint-Paul et de La Malbaie 45
2.5.3 Projet d'agrandissement et de rénovation de L'Hôtel-Dieu de Québec 45
2.5.4 Application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services 46

3 PROGRAMMES ET SERVICES 48

3.1 SANTÉ PUBLIQUE 48
3.1.1 Portrait de santé 65
3.1.2 Éclosion de légionellose à Québec 66
3.1.3 Vaccination contre l'influenza 66
3.1.4 Service d'injection supervisée (SIS) 66
3.1.5 Habitudes de vie et maladies chroniques 67
3.1.5.1 Programme québécois de dépistage du cancer du sein 67
3.1.6 Résultats d'importance 67
3.1.7 Recommandation de la Commission de la santé et des services sociaux 67
3.1.8 Plan d'action stratégique pour la mise en œuvre du Plan d'action régional (PAR) et des plans d'action locaux (PAL) de santé publique 67
3.1.9 Contamination atmosphérique dans l'arrondissement La Cité- 68
3.1.10 Étude d'agrégat de cancer à Shannon 69
3.2 SERVICES GÉNÉRAUX 69
3.3 SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES 70
3.3.1 Perte d'autonomie liée au vieillissement 73
3.3.2 Bilan général de PECA 74
3.3.3 Ressources non institutionnelles 75
3.3.4 Certification des résidences privées pour aînés 76
3.4 DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET PHYSIQUE, ET TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT 77
3.5 JEUNES EN DIFFICULTÉ 81
3.6 DÉPENDANCES 81
3.7 SANTÉ MENTALE 83
3.8 SANTÉ PHYSIQUE 88
3.8.1 Services spécialisés de chirurgie 89
3.8.2 Continuum de services pour la douleur chronique 89
3.8.3 Traumatologie 89
3.8.4 Dossiers divers 107
3.8.4.1 Services préhospitaliers d'urgence 107
3.8.4.2 Formation des techniciens ambulanciers/paramédics 107
3.8.4.3 Services de premiers répondants 107
3.8.4.4 Centre de communication santé des capitales (CCSC) 107
3.8.4.5 Services ambulanciers 108

3.8.4.6 Objectifs de l'Agence pour 2012-2013 108
3.8.5 Sécurité civile 109
3.8.6 Réorganisation des laboratoires 109
3.8.7 Programme de lutte contre le cancer 110
3.8.7.1 Comité directeur régional de lutte contre le cancer 110
3.8.7.2 Centre spécialisé en cancer 110
3.8.7.3 Offre de service pour le traitement chirurgical du cancer du poumon et de l'œsophage dans la région de la Capitale-Nationale 110
3.8.7.4 Radio-oncologie 110
3.8.7.5 Chimiothérapie à Portneuf 111
3.8.7.6 Chirurgie oncologique 111
3.8.7.7 Projet de démonstration du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal 111
3.8.7.8 Registre québécois du cancer 111
3.8.7.9 Système d'information clinique axé sur la trajectoire des clientèles en oncologie 112
3.8.7.10 Infirmières pivots en oncologie 112
3.8.7.11 Comité régional sur la formation, l'accompagnement, le soutien et l'évaluation dans la lutte contre le cancer 112
3.8.8 Programme de soins palliatifs 112
3.8.8.1 Lits de soins palliatifs 112
3.8.8.2 Soins palliatifs à domicile 112
3.8.8.3 Soins palliatifs dans les centres d'hébergement de soins de longue durée 112
3.8.9 Cadre de référence sur la détermination de l'intensité des soins 113
3.8.10 Protocole de détresse 113
3.8.11. Prix d'excellence en oncologie 113
3.8.12 Plan régional des effectifs médicaux (PREM) en spécialité 2013 113
3.8.13 Plan des effectifs médicaux en omnipratique (PEM) 2013 dans la région de la Capitale-Nationale 115
3.8.14 Services médicaux de première ligne 116
3.8.15 Circuit du médicament 117
3.8.16 Pénurie de médicaments dans les établissements de santé et de services sociaux 117
3.8.17 Phase hyperaiguë de l'AVC par l'entremise de la téléthrombolyse 118
3.8.18 Comité régional sur le continuum des soins et des services pour l'AVC-AIT 118
3.9 AUTRE DOSSIER 118
3.9.1 Organismes communautaires 118

4. DONNÉES FINANCIÈRES 120

4.1 DONNÉES FINANCIÈRES RELATIVES AUX ÉTABLISSEMENTS DE LA RÉGION ET AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES SUBVENTIONNÉS PAR L'AGENCE 120
4.1.1 Budget net de fonctionnement des établissements 120
4.1.2 Ressources financières – Réseau 121
4.1.2.1 Financement des services 121
4.1.2.2 Suivi financier du réseau 122
4.1.2.3 Autorisation d'emprunt 122
4.1.3 Immobilisations 123
4.1.4 Volet « Équipement » 128
4.1.5 Subventions aux organismes communautaires 131
4.2 RAPPORTS DE LA DIRECTION 132

4.2.1 Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents de l'Agence ... 132
4.2.2 Rapport de la direction ... 133
4.3 RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT ET ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS DE L'AGENCE ... 134
4.3.1 Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés ... 134
4.3.2 État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant ... 136
4.3.3 États financiers cumulés ... 137
4.3.4 États financiers cumulés ... 138
4.3.5 États financiers cumulés ... 139
4.3.6 États financiers cumulés ... 140
4.3.7 États financiers cumulés ... 141
4.3.8 Fonds d'exploitation ... 143
4.3.9 Fonds des activités régionalisées ... 144
4.3.10 Fonds d'immobilisations ... 145
4.3.11 Fonds d'exploitation ... 146
4.3.12 Fonds d'immobilisations – Fonds des activités régionalisées ... 147
4.3.13 Fonds d'exploitation – Fonds des activités régionalisées ... 148
4.3.14 Fonds d'immobilisations ... 149
4.3.15 Fonds affectés cumulés ... 150
4.3.16 Fonds affectés cumulés ... 151
4.3.17 Fonds affectés cumulés ... 152
4.3.18 État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits ... 153
4.3.19 Notes aux états financiers ... 154

ANNEXE 1 — LISTE DES MEMBRES DE LA COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE DE LA CAPITALE-NATIONALE ... 167
ANNEXE 2 — LISTE DES MEMBRES DE LA COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE DE LA CAPITALE-NATIONALE ... 168
ANNEXE 3 — LISTE DES MEMBRES DE LA TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE DE LA CAPITALE-NATIONALE ... 169
ANNEXE 4 — LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ RÉGIONAL POUR LES PROGRAMMES D'ACCÈS À DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE DE LA CAPITALE-NATIONALE ... 170
ANNEXE 5 — LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES DE LA CAPITALE-NATIONALE ... 171
ANNEXE 6 — LISTE DES MEMBRES DU COMITÉ DE DIRECTION DU DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE DE LA CAPITALE-NATIONALE (DRMG) ... 172
ANNEXE 7 — LISTE DES CRQ 2011-2012 ... 173
ANNEXE 8 — LISTE DES GMF 2011-2012 ... 173
ANNEXE 9 — PROGRAMME DE SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ... 174

Liste des acronymes et des sigles

AVC :	Accident vasculaire cérébral
CAPVISH :	Comité d'action des personnes vivant des situations de handicap
CAT :	Centre d'abandon du tabagisme
CCSC :	Centre de communication santé des capitales
CCVT :	Chirurgie cardiaque, vasculaire et thoracique
CH :	Centre hospitalier
CHA :	Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec
CHRG :	Centre hospitalier Robert-Giffard
CHSGS :	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD :	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUL :	Centre hospitalier de l'Université Laval
CHUQ :	Centre hospitalier universitaire de Québec
CIRRIS :	Centre interdisciplinaire de recherche en réadaptation et intégration sociale
CJQ :	Centre jeunesse de Québec
CLSC :	Centre local de services communautaires
CMuR :	Commission multidisciplinaire régionale
CPE :	Centre de la petite enfance
CRDI :	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
CRDP :	Centre de réadaptation en déficience physique
CRQ :	Clinique-réseau Québec
CRSP :	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CRUV :	Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
CTAQ :	Coopérative des techniciens ambulanciers du Québec
DCI :	Dossier clinique informatisé
DP :	Déficience physique
DRMG :	Département régional de médecine générale
DRRC :	Dépôt régional de résultats cliniques
DRSP :	Direction régionale de santé publique
DSQ :	Dossier de santé du Québec
ETC :	Équivalent temps complet
FA :	Fibrillation auriculaire
GESTRED :	Système de suivi de gestion et de reddition de comptes
GMF :	Groupe de médecine de famille
HDQ :	L'Hôtel-Dieu de Québec
HEJ :	Hôpital de l'Enfant-Jésus
HSFA :	Hôpital Saint-François d'Assise
HSS :	Hôpital du Saint-Sacrement
IAB :	Initiative Amis des bébés
IAMEST :	Infarctus aigu du myocarde avec une élévation du segment ST
I-CLSC :	Système Intégration CLSC
INSPQ :	Institut national de santé publique du Québec
IPS :	Infirmière praticienne spécialisée
IRDPQ :	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
ITSS :	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
IUCPQ :	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
IUSMQ :	Institut universitaire en santé mentale de Québec
LSSSS :	Loi sur les services de santé et les services sociaux
MGF :	Manuel de gestion financière
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PACS :	Picture archiving and communication systems – Imagerie numérique
PACT :	Programme de traitement et de suivi intensif en équipe dans la communauté
PAL :	Plan d'action local
PALV :	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PAR :	Plan d'action régional
PCFI :	Plan de conservation et de fonctionnalités immobilières
PCP :	Pratiques cliniques préventives
PECA :	Programme d'évaluation et de coordination des admissions
PEM :	Plan d'effectifs médicaux
PEMU :	Plan d'effectifs médicaux universitaires
PFT :	Programme fonctionnel et technique
PIQ :	Protocole d'immunisation du Québec
PQDCS :	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PREM :	Plan régional d'effectifs médicaux
PSOC :	Programme de soutien aux organismes communautaires
PTG :	Prothèse totale du genou
PTH :	Prothèse totale de la hanche
RAMQ :	Régie de l'assurance maladie du Québec
RI :	Ressource intermédiaire
RNI :	Ressource non institutionnelle
RREGOP :	Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics
RRF :	Régime de retraite des fonctionnaires
RRPE :	Régime de retraite du personnel d'encadrement

RSIPA :	Réseau de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement
RTF :	Ressource de type familial
RUIS :	Réseau universitaire intégré de santé
SAD :	Soutien à domicile
SARDM :	Système automatisé et robotisé pour la distribution des médicaments
SBF-R :	Système budgétaire financier régional
SIC-TO :	Système d'information clinique - trajectoire en oncologie
SIDEP :	Service intégré de dépistage et de prévention
SIM :	Suivi intensif dans le milieu
SIMASS :	Système d'information sur le mécanisme d'accès aux services spécialisés
SIPPE :	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SISPUQ :	Système d'information sur les services préhospitaliers d'urgence du Québec
SIU :	Système d'information sur l'usager
SIV :	Soutien d'intensité variable
TAP :	Technicien ambulancier/Paramédic
TCC :	Traumatisme crâniocérébral
TCR :	Technocentre régional
TDM :	Tomodensitométrie
TED :	Trouble envahissant du développement
TIBD :	Traitement intensif bref à domicile
UMF :	Unité de médecine familiale
URFI :	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
UTRF :	Unité transitoire de récupération fonctionnelle

1 Présentation de l'Agence

1.1 Mission

L'Agence est responsable de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de la région de la Capitale-Nationale. Elle a été créée afin d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de la région et d'allouer les ressources régionales aux établissements et aux organismes communautaires. L'Agence doit s'assurer que les usagers reçoivent une prestation de services de santé et de services sociaux sécuritaire, faciliter le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, élaborer le plan stratégique pluriannuel et en assurer le suivi.

L'Agence doit aussi

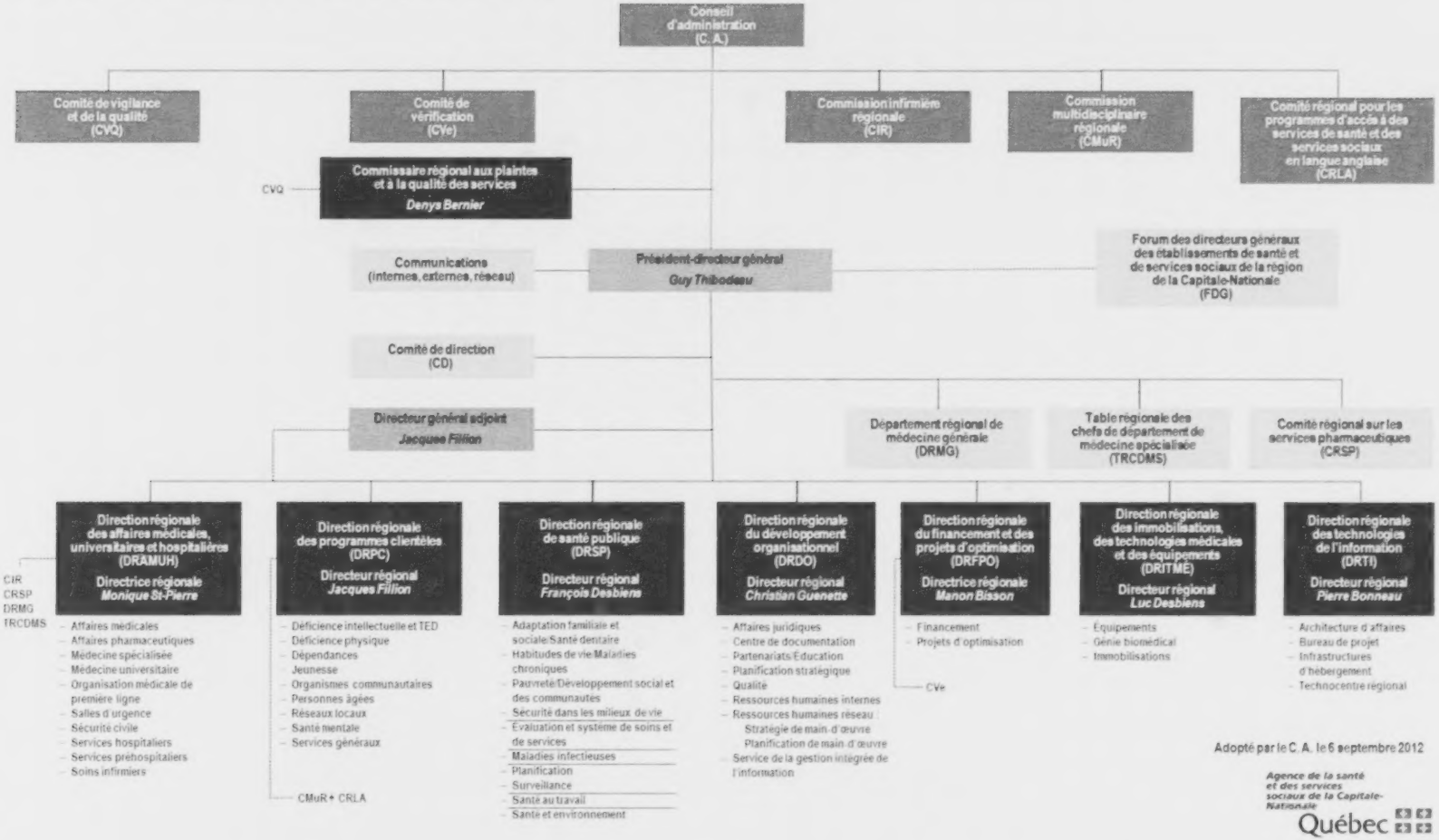
- mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des personnes, des familles et des groupes;
- évaluer l'état de santé et le bien-être de la population;
- déceler les besoins et définir l'offre de service sur le territoire;
- s'assurer de la participation de la population à la gestion du réseau;
- voir au respect des droits des usagers;
- évaluer la performance du réseau de la Capitale-Nationale;
- rendre compte de l'incidence des interventions sur la santé et le bien-être de la population; soutenir les établissements dans l'organisation des services et intervenir auprès d'eux pour favoriser la conclusion d'ententes de service visant à répondre aux besoins de la population;
- concevoir des outils d'information et de gestion pour les établissements de sa région et les adapter à leurs particularités;
- prévoir des moyens d'informer la population sur les services régionaux et connaître la satisfaction des usagers concernant ces services.

L'Agence couvre un territoire d'une superficie de 18 592 kilomètres carrés, soit la grande région de la Capitale-Nationale, y compris Charlevoix et Portneuf, qui comprennent 69 municipalités et 697 329 personnes en 2012. L'Agence couvre également tout l'est de la province pour les soins et les services hospitaliers surspécialisés, ce qui a pour effet de porter son bassin de clientèle à 1 776 128 personnes. Elle doit donc s'assurer du bon fonctionnement des corridors de services entre la région de la Capitale-Nationale et celles de l'est du Québec et du nord du Québec, pour certaines spécialités.

1.2 Plan d'organisation

Le plan d'organisation

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE



1.3 Conseil d'administration

Au cours de la dernière année, les membres du conseil d'administration ont tenu cinq séances extraordinaires et six séances ordinaires. Un renouvellement ou un remplacement de certains administrateurs, dont le mandat venait à échéance le 31 juillet 2012 conformément à l'adoption et à la mise en œuvre du projet de loi n° 127 sur la gestion du réseau de la santé et des services sociaux, a eu lieu au cours de la dernière année. Les membres nommés par le ministre, dont les membres indépendants, sont entrés en fonction le 1er août 2012.

1.3.1 Audition de l'Agence à la Commission de la santé et des services sociaux

Le 29 janvier 2013, les représentants de l'Agence ont procédé à l'étude des rapports annuels de gestion 2009-2010 à 2011-2012 devant la Commission de la santé et des services sociaux.

Le président-directeur général, M. Guy Thibodeau, a présenté le bilan de la productivité dans plusieurs sphères d'activité de l'Agence, notamment la santé publique, les programmes clientèles, la santé physique, les ressources humaines, le financement, les immobilisations et les technologies de l'information. Il a également précisé que le vieillissement de la population et le resserrement des finances publiques sont des éléments incontournables dans la prise en compte des enjeux des années futures. Les parlementaires ont par la suite adressé leurs interrogations à la direction de l'Agence.

Le rapport annuel de gestion de l'Agence est déposé annuellement dans son site Internet.

1.3.2 Membres du conseil d'administration

Bédard, Patricia	Comité des usagers des établissements
Bélanger, Mario	Commission multidisciplinaire régionale
Benoît, Diane	Commission infirmière régionale
Blouin, Yves Président du conseil d'administration	Membre indépendant
Duchesne, Ulysse	Membre indépendant
Jean-Fortier, Christine	Milieu syndical
Keck, Frédéric Vice-président du conseil d'administration	Organismes communautaires
Lamontagne, Daniel	Département régional de médecine générale
Lemieux, Sylvie	Membre indépendante
Lepage, Éric	Comité régional sur les services pharmaceutiques
Marcoux, Sylvie	Université Laval
Parenteau, Nathalie	Membre indépendante
Solomykina, Svetlana	Membre indépendante
Thibodeau, Guy Secrétaire du conseil d'administration	Président-directeur général de l'Agence
Trottier, Sylvie	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée

1.4 Comité de gouvernance et d'éthique

Le comité de gouvernance et d'éthique a été mis en place à la suite de l'adoption du projet de loi n°127 sur la gestion du réseau de la santé et des services sociaux. Les membres du comité se sont réunis à deux reprises.

Il a notamment pour fonctions d'élaborer :

1° des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'Agence;

2° un code d'éthique et de déontologie, conformément à l'article 304de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif applicable aux membres du conseil d'administration;

3° des profils de compétence et d'expérience pour la nomination ou la cooptation des membres indépendants du conseil d'administration, avec le souci de cerner les compétences diversifiées qui sont requises et la représentation souhaitée du milieu en fonction de ses caractéristiques;

4° des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration;

5° un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration.

Membre	Représentativité
Blouin, Yves Président du conseil d'administration	Membre indépendant
Keck, Frédéric Vice-président du conseil d'administration	Organismes communautaires
Lemieux, Sylvie	Membre indépendante
Solomykina, Svetlana	Membre indépendante
Thibodeau, Guy Secrétaire du conseil d'administration	Président-directeur général de l'Agence

1.5 Établissements publics et privés conventionnés

Mission	Nombre	Total
Établissements publics		12
• Centres de santé et de services sociaux	4	
• Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse et centre de réadaptation pour jeunes et mères en difficulté d'adaptation	1	
• Centres de réadaptation	3	
• Centre d'hébergement et de soins de longue durée	1	
• Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés	2	
• Centre hospitalier de soins psychiatriques	1	
Établissements privés		15
• Établissements privés conventionnés	8	
• Établissement privé conventionné spécifique	1	
• Établissements privés non conventionnés	6	
Total		**27**

1.6 Établissements offrant des services suprarégionaux

- CHU de Québec
- CSSS de la Vieille-Capitale – Centre antipoison du Québec
- Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ)
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
- Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (institut social dans le secteur de l'intégration des personnes handicapées)

1.7 Établissements ayant une mission régionale

Services sociaux

- Centre jeunesse de Québec
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec
- Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
- Centre de réadaptation en dépendance de Québec

Centres hospitaliers

- Institut universitaire en santé mentale de Québec
- CHU de Québec
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec

1.8 Centres hospitaliers universitaires et instituts

- CHU de Québec
  Centre hospitalier de l'Université Laval
  Hôpital de l'Enfant-Jésus
  Hôpital du Saint-Sacrement
  Hôpital Saint-François d'Assise
  L'Hôtel-Dieu de Québec
- Centre jeunesse de Québec
- Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale
- Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
- Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
- Institut universitaire de santé mentale de Québec

1.9 Commission infirmière régionale de la Capitale-Nationale

La Commission infirmière régionale (CIR) a tenu sept rencontres régulières au cours de l'année 2012-2013. Le sujet prioritaire fut la contribution des effectifs en soins infirmiers au continuum et à l'accessibilité des services en santé mentale et de ceux offerts aux personnes âgées.

Voici les principaux sujets qui ont été discutés lors de ces rencontres :

- Portrait régional sur les maladies chroniques;
- Programme d'intégration au travail, selon une approche par compétences;
- Enjeux et défis de la pratique infirmière;
- Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier;
- Bilan et orientations en santé mentale;
- Projet d'organisation clinique régionale de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec;
- Vision de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec sur la pratique infirmière en santé mentale;
- Révision du Règlement sur la Commission infirmière régionale de la Capitale-Nationale;
- Vision de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec sur la pratique infirmière en santé mentale.

1.10 Commission multidisciplinaire régionale de la Capitale-Nationale

La Commission multidisciplinaire régionale (CMuR) a tenu quatre rencontres régulières et une rencontre en sous-comité de travail au cours de l'année 2012-2013. La préparation d'un avis portant sur *La révision du système régional d'admission et d'accès à l'hébergement public pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement*, déposé en janvier 2013, a monopolisé une bonne partie des travaux de la Commission. Les mesures de vérification des antécédents judiciaires des employés travaillant dans le réseau public ainsi que le suivi de la mise en application dans les établissements du projet de loi n° 21 ont également fait l'objet de discussions.

1.11 Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (TRCDMS)

Le 19 avril 2012, la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (TRCDMS) de la Capitale-Nationale a tenu quatre séances ordinaires ainsi qu'une assemblée générale annuelle.

La médecine spécialisée représente de nombreux défis d'organisation des services. Cette année, les membres se sont attardés sur les défis suivants :

Dossiers de la médecine spécialisée :

- Hémodynamie adulte au Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) du CHU de Québec;
- Plan fonctionnel et technique de l'agrandissement du Service d'électrophysiologie cardiaque de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ);
- Suivi de l'évolution de l'offre de service en oto-rhino-laryngologie (ORL) à l'IUCPQ;
- État de la liste d'attente en chirurgie cardiaque à l'IUCPQ et suivi de la mise en œuvre d'un plan de contingence pendant la période estivale 2012;
- Visite, le 29 mai 2012, des représentants de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux concernant la reconduction sans condition du Centre d'expertise pour les victimes de brûlures graves de l'est du Québec, constitué de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHU de Québec, de l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ) et de l'association des grands brûlés F.L.A.M.;
- Présentation du portrait régional des maladies pulmonaires obstructives chroniques par le D[r] Denis Coulombe, médecin-conseil de l'Agence;
- Présentation du dossier clinique informatisé (DCI) dans la région de la Capitale-Nationale;
- Consolidation du Programme des malformations orofaciales du CHUL du CHU de Québec;
- Présentation des travaux liés à la mise en place d'un continuum de services pour l'AVC-AIT;
- Mise à jour du Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) quinquennal et présentation des règles ministérielles de gestion des plans d'effectifs médicaux (PEM) en spécialité, y compris l'évolution du plan des effectifs en psychiatrie adulte et en pédopsychiatrie;
- Dossier de la vétusté du bloc opératoire de l'Hôpital du Saint-Sacrement (HSS) du CHU de Québec et suivi des recommandations formulées par Agrément Canada;
- Suivi des dossiers communs entre les régions de la Capitale-Nationale et de la Chaudière-Appalaches;
- Discussions sur la portée du projet de rénovation de L'Hôtel-Dieu de Québec du CHU de Québec.

Ententes de service :

- Entente de service entre le Centre de santé et de services sociaux de Portneuf, l'IUCPQ et l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale visant la mise en place d'un centre de consultation en cardiologie sur le territoire de Portneuf à raison d'une journée par semaine;

- Entente de service en chirurgie plastique dans la région et regroupement des PEM en chirurgie plastique en un seul endroit, soit au Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec en juin 2012, avant la naissance du CHU de Québec le 9 juillet 2012. Un avis de la TRCDMS concernant l'entente de service en chirurgie plastique a été élaboré en cohérence avec le regroupement des effectifs médicaux afin que l'ensemble des usagers puisse recevoir les soins requis dans chacun des établissements de la région, en vertu de leurs missions respectives.

Démarches de réorganisation régionale des services :

- Suivi de la démarche régionale de réorganisation des services en orthopédie adulte et pédiatrique;
- Suivi de l'évolution de la démarche de réorganisation des services en ORL. À cet effet, la TRCDMS a adopté une résolution, le 25 septembre 2012, visant la demande d'un poste réseau additionnel en ORL pour la couverture des services en ORL à l'IUCPQ. Le développement d'un centre d'excellence en rhinosinusologie ambulatoire à l'HSS est partie prenante de la démarche régionale;
- Envoi à tous les chefs de département de la région, pour une cinquième année consécutive, de la publication *La Table des chefs*; ce numéro fait état de l'assemblée générale annuelle, du rapport du président sortant de la TRCDMS, le Dr Jacques Villeneuve, et des activités réalisées par le comité directeur de la TRCDMS.

Assemblée générale annuelle 2011-2012 :

- Tenu de l'assemblée générale annuelle, le 19 avril 2012, de la TRCDMS; à cette occasion, la coordonnatrice des affaires juridiques et corporatives à l'Agence est venue présenter les enjeux associés au processus d'élection de la TRCDMS, prévue pour l'année 2012;
- Nomination d'un nouveau comité de direction pour un mandat de trois ans;
- Démission, le 26 février 2013, du Dr Normand Brassard ; le Dr Jacques Mailloux a accepté de remplacer le Dr Brassard pour la durée non écoulée de son mandat.

1.12 Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de la Capitale-Nationale

Le Programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise de la région de la Capitale-Nationale 2011-2014 fut déposé, le 11 avril 2012, pour approbation au ministère de la Santé et des Services sociaux.

En conséquence, il a été nécessaire de mettre en place un comité de suivi régional qui a comme mandat principal la mise en œuvre d'un plan d'action axé sur les orientations privilégiées dans le programme d'accès 2011-2014.

1.13 Comité régional sur les services pharmaceutiques de la Capitale-Nationale

Conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2), le Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP) a été institué en 2006-2007 dans la région de la Capitale-Nationale. Ce comité réunit des pharmaciens du milieu communautaire (secteur privé) et des établissements de santé (secteur public).

Au cours de l'année 2012-2013, le CRSP a tenu cinq réunions régulières et une assemblée générale annuelle. Le comité a émis des avis, formulé des recommandations et transmis des commentaires sur les sujets suivants : le Dossier santé du Québec, le projet ministériel d'ordonnances collectives, le Dossier clinique informatisé et le Bilan comparatif des médicaments. Il a aussi contribué à la réalisation de deux ordonnances collectives régionales à l'intention des pharmaciens et à la révision du Programme d'antibiothérapie intraveineuse à domicile (ATIVAD). Il a aussi été invité à participer à une consultation du Commissaire à la santé et au bien-être dans le cadre de ses travaux sur l'appréciation de la performance du système de santé et des services sociaux portant sur les médicaments.

1.14 Département régional de médecine générale (DRMG) de la Capitale-Nationale

En 2012-2013, le Département régional de médecine générale (DRMG) s'est réuni à huit reprises pour prendre position, assurer la poursuite des travaux en cours et formuler des recommandations au président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale dans plusieurs dossiers. Les plus importants sont la gestion des plans régionaux d'effectifs médicaux, la gestion des activités médicales particulières, l'analyse de la situation des effectifs médicaux ainsi que la consolidation des services médicaux de première ligne, plus spécifiquement en ce qui a trait au renouvellement des groupes de médecine de famille et des cliniques-réseau de la région de la Capitale-Nationale. Une assemblée générale annuelle du DRMG s'est tenue le 13 février 2013.

Sous l'autorité de l'Agence, il contribue activement à la réalisation des mandats liés à l'organisation, à la consolidation et au développement des services médicaux de première ligne.

1.15 Ressources humaines de l'Agence

Effectif de l'Agence	Exercice en cours	Exercice antérieur
Cadres (en date du 31 mars 2013)		
• Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	29	27
• Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	2	3
• Nombre de cadres en stabilité d'emploi	0	0
Employés réguliers (en date du 31 mars 2013)		
• Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	186	191
• Temps partiel Nombre de personnes : Équivalents temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	32	37
• Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Ensemble du personnel (exercice 2012-2013)		
• Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	457 654	478 973
• Équivalents temps complet	249	262

1.16 Gestion des risques et de la qualité

Le Comité régional sur la qualité (CRQ), mis en place par l'Agence en 2004, est composé des gestionnaires de risques des établissements publics et privés du territoire de la Capitale-Nationale.

Parmi les travaux réalisés, mentionnons la formation continue des gestionnaires de risques. De même, en prévision du prochain Registre national annuel des accidents et incidents et des rapports semestriels des déclarations d'accidents et d'incidents, des échanges se sont tenues eu égard à leurs fonctions. Le tout est cumulé par l'Agence dans un souci commun et constant d'offrir à la population une prestation sécuritaire de soins et de services de santé.

2 Activités de l'Agence

2.1 Entente de gestion et d'imputabilité

Afin de répondre aux objectifs de gestion par résultats et de reddition de comptes (introduits par la Loi sur l'administration publique), la Loi sur les services de santé et les services sociaux édicte une série d'exigences menant à la signature d'ententes de gestion et d'imputabilité entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et les agences de la santé et des services sociaux ainsi qu'entre les agences et les établissements publics de leur réseau. L'entente de gestion permet d'apprécier l'évolution globale de la production de services du réseau et de donner une direction d'ensemble dans la mise en œuvre de grandes orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux.

En 2012-2013, la reddition de comptes des ententes de gestion du Ministère avec l'Agence et de l'Agence avec son réseau d'établissements comportait quatre catégories de résultats.

La **première catégorie** est associée aux priorités ministérielles. Il s'agit de sujets qui, au-delà de la planification stratégique ministérielle et de l'activité habituelle des agences et des établissements, sont jugés structurants et stratégiques pour l'évolution du réseau. Ce sont les mesures d'optimisation, les actions en lien avec l'accessibilité aux services ainsi que les priorités régionales de la Capitale-Nationale fixées par les directions générales du ministère de la Santé et des Services sociaux.

La **seconde catégorie** de la reddition de comptes porte sur les résultats des indicateurs de la Planification stratégique 2010-2015 du Ministère.

Les résultats pour ces deux premiers volets proviennent du Système ministériel de suivi de gestion et de reddition de comptes (GESTRED). Les données présentent les corrections apportées par l'Agence faisant suite à une compilation plus conforme aux réalités régionales[1].

La **troisième catégorie** de la reddition de comptes se rapporte à la Planification stratégique en santé et services sociaux de la Capitale-Nationale 2010-2015. Le plan d'action régional (PAR) qui en est issu vient préciser des moyens pour répondre aux orientations nationales et pour respecter les engagements régionaux.

La quatrième et dernière catégorie, l'Annexe de santé publique, est aussi un volet régional. Cette catégorie comprend des résultats précis attendus dans le cadre du programme de santé publique en lien avec les domaines et activités prévus au Plan d'action régional de santé publique 2009-2015.

Dans le but de produire des portraits intégrés, tous les engagements des quatre catégories de la reddition de compte sont reclassés par programme et service.

Le bilan annuel des ententes de gestion et d'imputabilité est également l'occasion de présenter, surtout concernant les engagements qui ne sont pas atteints, des informations de nature qualitative sur l'ensemble des résultats. Lorsque l'année financière se termine, une collecte d'informations est réalisée auprès de chaque établissement afin qu'il transmette à l'Agence une confirmation des tendances observées, les raisons expliquant la non-atteinte des cibles et les

---

1. Par exemple, celles comprenant l'Hôpital Jeffery Hale - Saint Brigid's. Cet établissement exerce des activités dévolues aux centres de santé et de services sociaux (CSSS) pour la clientèle anglophone de la région, mais la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) l'exclut de son traitement puisqu'il n'est pas reconnu en tant que tel par le MSSS. L'Agence corrige également les résultats en utilisant des données plus récentes issues de la banque régionale I-CLSC ou en compensant des erreurs ou des absences de transmission dans GESTRED.

mesures prévues pour corriger la situation. Un outil de collecte est accessible aux établissements dans le portail Internet du Service de la gestion intégrée de l'information. Une synthèse régionale par secteur d'activité est ensuite réalisée par l'Agence et consignée dans le même outil. Les informations sont conservées de manière à pouvoir faire référence, au besoin, à un historique des explications.

2.1.2 Ressources humaines

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Priorités régionales de la Capitale-Nationale	
Sujets	**Résultats 2012-2013**
Ressources humaines Application du cadre de gestion relatif au projet d'implantation de l'approche de performance « Lean Healtcare Six Sigma » à l'Hôpital Saint-François d'Assise au Centre hospitalier universitaire de Québec	Action réalisée en totalité

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Plan stratégique ministériel Axe d'intervention	Disponibilité de la main-d'œuvre du réseau et utilisation optimale		
Objectifs de résultats	5.1.3 Produire annuellement le plan de main-d'œuvre des paliers local, régional et national et le mettre à jour de façon à définir et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles		
	5.1.4 Assurer une utilisation optimale des compétences du personnel par la mobilisation du personnel des établissements à réaliser une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail		
	5.1.5 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité		
	5.1.6 Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique		
Indicateurs	**Résultats 2011-2012**	**Engagements 2012-2013**	**Résultats 2012-2013**
Heures supplémentaires 3.05.01 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infir-mières	4,30	3,89	4,30
3.05.02 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau	2,57	2,29	2,68

Indicateurs	Résultats 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats 2012-2013
Main-d'œuvre indépendante 3.06.01 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières	1,35	1,19	1,37
3.06.02 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	2,44	2,42	2,34
3.06.03 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	2,55	2,11	3,22
3.06.04 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes	Nouveau	0,05	0,00
Plan de main-d'œuvre 3.08 Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	100	100	100
Démarche concertée de révision des processus de soins et de services, et de réorganisation du travail 3.09 Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services, et de réorganisation du travail	100	92,3	100

Explications détaillées relatives au tableau précédent

3.05.01 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières

Au terme de la période 13, les résultats indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale est de 4,30 % des heures travaillées au-delà des heures régulières par les infirmières, soit 0,41 de plus que l'engagement fixé à 3,89 %. Seul l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's a atteint l'objectif.

Les difficultés vécues ces dernières comme la rareté et le manque de disponibilité de la main-d'œuvre ainsi que la faible attraction pour le travail en heures dites défavorables perdurent. Durant la dernière année, une hausse généralisée de l'assurance salaire a contribué à accentuer la problématique des heures supplémentaires. Il est difficile d'augmenter les cohortes d'étudiants étant donné le nombre limité de places de stages, ce qui restreint la capacité du système à former les futurs travailleurs de la santé.

L'Agence soutient les établissements en agissant essentiellement par deux moyens : le premier est celui de l'attraction de la main-d'œuvre, notamment par la promotion des métiers et l'optimisation du processus de stages, et le second prend la forme de soutien aux établissements par de l'accompagnement stratégique et du financement pour des projets individuels. Le Ministère soutient lui aussi le réseau par la mise en place de projets pour résoudre les problématiques de main-d'œuvre en soins infirmiers.

3.05.02 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau

Au terme de la période 13, les résultats indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale est de 2,68 % des heures travaillées au-delà des heures régulières par l'ensemble du personnel du réseau, y compris les infirmières, soit 0,39 de plus que l'engagement fixé à 2,29 %. Aucun établissement n'atteint son objectif.

À la base, les difficultés vécues chez les infirmières se retrouvent aussi chez l'ensemble du personnel : rareté et manque de disponibilité de la main-d'œuvre; faible attraction pour les heures dites défavorables et limite des places de stage. Une hausse de l'assurance salaire dans les principaux titres d'emplois cliniques (infirmière, infirmière auxiliaire et préposé aux bénéficiaires) dans la dernière année contribue à accentuer la problématique des heures supplémentaires.

L'Agence soutient les établissements par la promotion des métiers, par de l'accompagnement stratégique ainsi que par le financement de projets individuels. Le Ministère soutient aussi le réseau par la mise en place de projets visant à résoudre les problèmes de main-d'œuvre en général.

3.06.01 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante (MOI) par les infirmières

Au terme de la période 13, les résultats indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint 1,37 % des heures travaillées par des infirmières à l'emploi des agences privées (MOI), soit 0,18 point de pourcentage de plus que l'engagement de 1,19 %. Le CSSS de la Vieille-Capitale, le CSSS de Québec-Nord, le CSSS de Charlevoix, le CHA et le CHUQ n'atteignent pas leur engagement.

Dans un contexte général de difficultés de recrutement de la main-d'œuvre, avec la rareté et le manque de disponibilité des ressources humaines et l'augmentation de l'offre de service, des particularités propres à chaque milieu peuvent expliquer les résultats observés. Par exemple, l'éloignement d'un territoire, comme celui de Portneuf, ou des enjeux internes de réorganisation des services peuvent expliquer, de façon circonstancielle, la situation. Dans d'autres cas, les enjeux de mobilité interne et de disponibilité sont à la source du recours à la MOI.

Plusieurs établissements ont entrepris des pourparlers avec leurs syndicats locaux afin d'explorer diverses avenues pour ce qui est des conditions locales de travail visant à réduire les périodes de vacances et à accroître la disponibilité. Dans certains établissements, l'Agence et le Ministère sont présents afin de soutenir la mise en place de projets qui permettront de réduire le recours à la MOI. Les efforts de promotion régionale se poursuivent depuis quelques années pour attirer de nouveaux candidats à la profession. Bien que la cible ne soit pas atteinte cette année, le recours à la MOI demeure, somme toute, relativement bas.

3.06.02 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires

Au terme de la période 13, les résultats indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale des heures travaillées par des infirmières auxiliaires à l'emploi des agences privées a atteint 2,34 %, soit 0,08 point de pourcentage de moins que l'engagement fixé à 2,42 %. Le CSSS de Québec-Nord et l'Hôpital Jeffery Hale — Saint-Brigid's n'atteignent cependant pas leur objectif.

3.06.03 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires

Au terme de la période 13, les résultats indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale est à 3,22 % des heures travaillées par des préposés aux bénéficiaires à l'emploi d'agences privées, soit 1,11 point de pourcentage de plus que l'engagement fixé à 2,11 %. Le CSSS de Portneuf, le CSSS de la Vieille-Capitale, le CSSS de Québec-Nord, l'Hôpital Jeffery Hale – Saint-Brigid's et le CHA n'atteignent pas leur objectif.

Le faible taux de chômage dans la région de la Capitale-Nationale, et plus particulièrement dans l'agglomération de Québec, accentue les difficultés d'attraction pour ce type d'emploi qui exige un profil particulier, soit celui d'être capable de travailler auprès de clientèles vulnérables et d'offrir les soins de base (soins corporels, aide à manger, etc.). Le problème se vit particulièrement dans les établissements à mission de longue durée et la réponse au manque de personnel passe souvent par le recours à la MOI.

Des projets impliquant le Ministère, l'Agence et les établissements sont en cours auprès des établissements en plus grande difficulté. La promotion des métiers constitue une approche retenue par la région pour résoudre le problème.

3.06.04 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes

Le résultat de la période 13 indique l'atteinte de l'engagement. La situation régionale est à 0 % des heures travaillées par des inhalothérapeutes à l'emploi d'agences privées. L'engagement fixé à 0,05 heure travaillée a donc été respecté. Aucun établissement de la région n'a eu recours à la main-d'œuvre indépendante en inhalothérapie.

3.08 Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre

Lors de l'évaluation de la situation à la période 13, chacun des établissements a mis à jour son plan de main-d'œuvre.

3.09 Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services, et de réorganisation du travail

Les résultats obtenus indiquent que 100 % des établissements ont réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services, et de réorganisation du travail.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013	
Plan stratégique ministériel Axe d'intervention	Rétention et mieux-être au travail
Objectifs de résultats	5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du Ministère en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé
	5.2.2 Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle à la profession et au milieu de travail

Indicateurs	Résultats 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats 2012-2013
3.01 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,60	5,36	5,71
3.10 Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique, volet préceptorat	84,6 (11/13)	40 (4/10)	80 (8/10)
3.13 Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail	7,7 (1/13)	23,1 (3/13)	7,7 (1/13)
3.14 Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément, y compris le volet de mobilisation des ressources humaines	46,1 (6/13)	69,2 (9/13)	53,8 (7/13)

Explications détaillées relatives au tableau précédent

3.01 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées

Au terme de la période 13, les résultats indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale est à 5,71 % des heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées par l'ensemble des effectifs du réseau, soit 0,35 point de pourcentage de plus que l'engagement fixé à 5,36 %. L'ensemble des établissements n'atteint pas l'engagement, à l'exception des CSSS de la Vieille-Capitale et CSSS de Charlevoix.

Bien que la région de la Capitale-Nationale voie sa situation générale se dégrader cette année, elle demeure une des régions du Québec qui performe le mieux. Plusieurs établissements indiquent qu'ils n'ont pas le contrôle sur une partie importante du volume en assurance salaire, puisque les facteurs en cause ne sont pas reliés au contexte du travail. Les trois principales causes d'absence rapportées sont : les grossesses, les problèmes de santé physique (cancer et chirurgies) ainsi que les absences pour motifs psychologiques.

Le Ministère est à revoir cet indicateur, car la simple lecture du ratio d'assurance salaire ne rend pas compte de manière satisfaisante de l'objectif, à savoir la rétention et le mieux-être au travail. De plus, il mesure des phénomènes sur lesquels les établissements n'ont pas totalement de contrôle, comme l'incidence plus grande des maladies physiques associées au vieillissement de la main-d'œuvre. Un comité provincial est en place pour trouver des solutions à de telles problématiques.

3.10 Pourcentage d'établissements ciblés ayant mis en œuvre leur Programme de soutien clinique, volet préceptorat

À l'évaluation de la situation à la période 13, il appert que le résultat visé est atteint puisque huit établissements sur dix (80 %) ont réalisé l'objectif. Notons que le CRDIQ est engagé dans ce processus malgré qu'aucun engagement ne lui ait été signifié.

La capacité à réaliser ce type de programme repose en partie sur les personnes expérimentées et en contexte de rareté de main-d'œuvre; il n'est pas facile de dégager le personnel. D'ailleurs, une telle difficulté est plus présente au sein de petits établissements (Jeffrey Hale – Saint Brigid's) ou dans les établissements avec peu d'effectifs infirmiers (IRDPQ).

L'Agence a favorisé le réseautage des établissements afin de les soutenir dans la réalisation et la mise en place de leur programme, notamment en organisant une formation pour les personnes ressources (préceptrices).

3.13 Pourcentage d'établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail

À l'évaluation de la situation à la période 13, seul le Centre jeunesse de Québec a atteint l'objectif, soit un établissement sur 13. Notons également qu'un autre établissement s'est engagé dans le processus en 2012-2013.

Il s'agit d'un processus étalé sur plusieurs années, qui exige à la fois un engagement organisationnel important et une grande concertation au sein des organisations. À cette étape-ci, les établissements sont au moins, pour la plupart, engagés dans la réflexion qui est nécessaire à l'atteinte de l'objectif.

L'Agence continue à appuyer les établissements dans leur processus de réflexion en respectant leur rythme. Des rencontres ont eu lieu avec les directions des ressources humaines (DRH) ou les directions générales (DG). L'Agence a organisé des présentations afin de déceler comment les établissements peuvent concrètement s'y prendre pour implanter ce type d'approche ainsi que les enjeux et défis associés aux différentes modalités.

3.14 Pourcentage d'établissements ayant obtenu un agrément, y compris le volet de mobilisation des ressources humaines

À l'évaluation de la situation à la période 13, sept établissements de la région (53,8 %) ont obtenu l'agrément selon les standards ministériels, ce qui représente deux établissements de moins que l'engagement (69,2 % - 9/13).

Le Ministère désire que tous les établissements obtiennent l'agrément selon les standards requis au moins une fois au cours de la planification stratégique nationale 2010-2015. Comme il s'agit d'un processus qui revient de façon récurrente aux trois ou quatre ans, selon un calendrier déterminé, certains établissements n'ont pas été évalués jusqu'à maintenant.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Planification stratégique régionale – Plan d'action 2012-2013	
Ressources humaines	
Sujets	**Résultats 2012-2013**
Environnement de travail et disponibilité de la main-d'œuvre	
R-5.1.4 Réaliser une planification de la main-d'œuvre pour les programmes de santé de première ligne	Non atteint
Partenariat avec l'éducation	
R-5.4.1 Mettre à jour la campagne « Sauve des vies » et la poursuivre	Atteint

Sujets	Résultats 2012-2013	
R-5.4.2 Poursuivre le développement de l'emploi étudiant pour ceux inscrits dans les programmes de santé et de services sociaux (au moins 400 étudiants)	**2011-2012** 705	**2012-2013** 845
R-5.4.3B Soutenir l'inscription dans les programmes prioritaires	Atteint	
Mesures de rétention du personnel R-5.5.1 Réviser les programmes d'intégration et de soutien à la nouvelle main-d'œuvre – Taux de roulement	Sans objet	
Soutien à la haute direction R-5.8.1 Développer une offre de soutien stratégique aux directions des établissements sur le développement d'une culture de l'amélioration continue, pour chaque établissement individuellement	Non atteint	
Travail en réseau R-5.9.4 Offre de formation en optimisation (« Lean » et autre) soit par l'Université Laval (champion) ou à l'interne par le réseau d'établissement (formation d'une journée et formation de trois à quatre jours)	Atteint	

Explications détaillées relatives au tableau précédent

R-5.1.4 Réaliser une planification de la main-d'œuvre pour les programmes de santé de première ligne

Le modèle de planification de la main-d'œuvre par programme et service est une initiative régionale qui doit être développée. Dans la mesure où le Ministère propose un modèle à appliquer, cela impose d'évaluer la façon dont les ressources sont utilisées ainsi que les priorités à assurer. L'analyse se poursuit, mais aucune décision n'a encore été prise.

R-5.5.1 Réviser les programmes d'intégration et de soutien à la nouvelle main-d'œuvre – Taux de roulement

L'indicateur ne correspond plus à l'objectif. Il a été convenu de sursoir à cet engagement considérant que l'Agence est à revoir ses enjeux stratégiques. Les résultats de cet exercice, prévu au cours des prochains mois, détermineront la pertinence d'interpeller les établissements pour obtenir des chiffres et des mesures de soutien qui s'y rattachent.

R-5.8.1 Développer une offre de soutien stratégique aux directions des établissements sur le développement d'une culture de l'amélioration continue, pour chaque établissement individuellement

Les établissements ont été avisés verbalement du soutien financier disponible à l'Agence pour des projets d'amélioration continue. Toutefois, aucune procédure formelle n'a été déterminée pour réclamer la subvention. Ainsi, l'offre de soutien financier devra faire l'objet d'un rappel aux établissements et s'inscrire dans le cadre d'un processus de réclamation formel.

2.1.2.1 *Stratégie régionale de main-d'œuvre et planification de main-d'œuvre – Campagne de promotion des carrières en santé et services sociaux*

La stratégie régionale de main-d'œuvre s'est poursuivie en misant sur les différents volets cernés au cours des dernières années. Pour ce faire, l'Agence continue à miser sur plusieurs partenaires, dont celui de l'éducation.

Sur le plan de la promotion, l'Agence a entrepris sa cinquième année consécutive d'une démarche promotionnelle afin d'intéresser les jeunes aux métiers de la santé et des services sociaux. Les déclinaisons s'actualisent par une campagne publicitaire dans différents médias (Internet et radio principalement), d'interventions auprès des jeunes (écoles et salons), de l'ouverture des établissements à des stages d'observations et d'un site Internet. À cet égard, la campagne de cette année a permis de doubler et même davantage le niveau de fréquentation du site Internet dédié.

Les directions des ressources humaines de la région ont amorcé des travaux visant à obtenir des gains d'efficience et d'optimisation pour l'ensemble des fonctions en matière de ressources humaines (ex. : recrutement, rémunération et avantages sociaux, services juridiques, formation, gestion de la présence au travail). Ainsi, sept grands projets d'optimisation ont eu lieu dans la région. Certains projets ont été actualisés avec succès et d'autres sont en cours d'actualisation ou d'évaluation.

Les travaux sur les stages en soins infirmiers menés conjointement avec les directions des ressources humaines, les directions des soins infirmiers, les directions de l'enseignement des établissements de santé et de services sociaux ainsi qu'avec les trois ordres d'enseignement du réseau de l'éducation se sont traduits par la réalisation de quatorze projets pilotes. Ceux-ci visent l'amélioration de la capacité d'accueil des stagiaires au sein du réseau de la santé et des services sociaux. Ils sont en cours d'évaluation et les résultats, jugés prometteurs, seront présentés à l'automne 2013.

Finalement, en 2012-2013, l'embauche étudiante a augmenté de 20 % par rapport à l'année précédente. Ainsi, 845 étudiants ont pu bénéficier d'une expérience de travail tangible dans le réseau de la santé et des services sociaux.

2.1.2.2 *Projet pilote ministériel « Lean » à l'Hôpital Saint-François d'Assise (HSFA)*

Un mandat ministériel « Lean » sur trois ans a débuté en juillet 2011, avec un premier projet vitrine au bloc opératoire de l'Hôpital Saint-François d'Assise du CHU de Québec. Ce projet, soutenu par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, vise l'implantation d'une culture d'amélioration continue de la performance avec l'approche « Lean », en modernisant la structure d'encadrement et en certifiant des agents « Lean » qui réaliseront neuf autres projets jusqu'en 2014. Les premiers résultats de quatre de ces dix projets (bloc opératoire, urgence ambulatoire, unité de chirurgie et obstétrique aux îlots-parents-enfants) sont probants.

2.1.2.3 *Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux - Édition 2011-2012*

En 2011-2012, sept candidatures ont été soumises au jury national.

Pour l'année 2012-2013, cinq candidatures ont été soumises au jury national. La remise des Prix d'excellence – Édition 2012-2013 ayant lieu en octobre 2013, les lauréats seront connus après cette date.

2.2 Monitorage des services

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Planification stratégique régionale – Plan d'action 2012-2013	
Objectif 4.3	Utiliser les leviers du monitorage et de l'évaluation en appui aux actions de la planification stratégique
Sujets	**Résultats 2012-2013**
Monitorage et évaluation	
R-4.3.3 Développer et rendre accessible le monitorage du portrait général des services	Non atteint

Explications détaillées relatives au tableau précédent

R-4.3.3 Développer et rendre accessible le monitorage du portrait général des services

Cet objectif s'inscrit dans le cadre du projet du monitorage général des populations et des soins et services conduit par le Service de la gestion intégrée de l'information (SGII) de l'Agence. Depuis deux ans, l'effort principal de l'équipe a été consacré au module sur les indicateurs du programme-clientèle soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA), lequel sert d'expérience pilote pour bien documenter les méthodologies et les approches qui pourront être appliquées plus largement aux autres domaines de services, dont celui sur le portrait général (appelé Tous programmes). Le module SAPA a été déployé à l'ensemble de ses partenaires à l'Agence et il est prêt à être déployé dans les établissements. Ce module contient 200 indicateurs distincts et sera mis en place sur un horizon de dix ans. L'applicatif informatique développé par le SGII a évolué et permet maintenant de filtrer les valeurs et de les agencer sans restriction dans un tableau affichable et exportable.

Certains autres projets (portrait des maladies chroniques, projet Alliance) ont été complétés au printemps 2012, ce qui a permis d'affecter à temps plein de nouvelles ressources au projet de monitorage. Le volet Population portant sur les données du recensement a été complété et l'Agence effectue présentement la production des indicateurs sur les soins et services.

2.2.1 Code d'éthique et de déontologie des administrateurs, des partenaires, des gestionnaires et des employés

Destiné aux administrateurs, aux partenaires, aux gestionnaires et aux employés de l'Agence, le Code d'éthique et de déontologie décrit ci-dessous est une version actualisée du document adopté et publié en septembre 1994.

Dans le cadre de sa mission de mettre en place, sur son territoire, une organisation de services de santé et de services sociaux intégrés de coordination des services et de leur accès, l'Agence doit pouvoir compter sur la conscience individuelle et professionnelle des personnes mentionnées ci-dessus en vue d'assurer le maintien et l'amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population.

En conséquence, les administrateurs, les partenaires, les gestionnaires et les employés sont des acteurs de premier plan des services de l'organisme.

Responsables devant la loi, en considération des ressources publiques qui sont confiées à l'Agence, les administrateurs, les partenaires, les gestionnaires et les employés de cette der-

nière se doivent, en ce sens, d'adopter une conduite qui témoigne de leur dévouement au service public et qui soit empreinte d'une éthique élevée.

Le présent document n'a pas la prétention de réglementer les actions quotidiennes de tout un chacun, mais plutôt de faire appel au sens des responsabilités et au jugement des administrateurs, des partenaires, des gestionnaires et des employés. Il revient à chacun, dans sa conduite professionnelle, d'avoir comme préoccupation constante le respect des obligations déontologiques de l'Agence et d'adhérer aux principes éthiques définis dans ce code.

Les obligations et les principes définis dans le présent code s'ajoutent à ceux établis par la loi, par un règlement ou par un autre code applicable. En cas de divergence, les obligations et les principes les plus exigeants s'appliquent.

I PRINCIPES ÉTHIQUES

1 **Principes éthiques :** les administrateurs, les partenaires, les gestionnaires et les employés adhèrent aux principes suivants :

1.1 **Impartialité** : ils ne doivent manifester aucune préférence ni parti pris indu incompatible avec la justice et l'équité et ne faire montre d'aucun préjugé lié au sexe, à la race, à la couleur, à la religion, à un handicap ou aux convictions politiques d'une personne ou d'un groupe de personnes.

1.2 **Loyauté** : ils adhèrent de bonne foi aux principes démocratiques de notre société et, en conséquence, respectent les lois qui les régissent. Ils doivent également défendre les intérêts de l'Agence, avec probité, droiture et honnêteté.

1.3 **Respect** : ils doivent agir avec courtoisie, considération et égard envers les autres, tant dans leurs paroles que dans leurs attitudes, et ils doivent également faire preuve de respect envers l'Agence durant leur mandat et après la fin de ce dernier.

II OBLIGATIONS DÉONTOLOGIQUES

2 **Administrateurs :** les membres du conseil d'administration de l'Agence, y compris le président-directeur général, contribuent à la réalisation de la mission de l'État, à la bonne administration de ses biens, et sont les gardiens des décisions démocratiques.

2.1 **Information** : l'administrateur a le devoir d'agir avec rigueur et, à cette fin, de s'informer des dossiers soumis à son attention et de communiquer à ses collègues l'information pertinente.

2.2 **Discrétion** : l'administrateur doit garder secrets les faits et les renseignements dont il prend connaissance et qui revêtent un caractère confidentiel, dont ceux découlant de l'application de la Politique administrative relative à la sécurité des actifs informationnels et de télécommunication et à la protection des données et des renseignements confidentiels de l'Agence. De plus, il doit adopter une attitude de réserve à l'égard de tous les faits ou informations qui sont portés directement ou indirectement à son attention et qui seraient de nature à nuire à l'intérêt public ou à porter atteinte à la vie privée des citoyens.

Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher un administrateur représentant ou lié à un groupe d'intérêts particuliers de le consulter ni de lui communiquer des renseignements, sauf si l'information est confidentielle en vertu de la loi ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.

2.3 **Prudence et diligence** : l'administrateur s'engage à agir avec soin, prudence et diligence dans ses fonctions, comme le ferait une personne raisonnable, selon ses connaissances et ses responsabilités.

2.4 **Honnêteté** : l'administrateur doit faire preuve de probité et de droiture. Il ne doit en aucun cas se placer en situation d'abus de confiance, de corruption ou de tentative de corruption ou en toute autre situation à caractère frauduleux qui risquerait d'entacher son mandat et ses fonctions à l'Agence. Il doit s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec les membres du conseil d'administration, les partenaires, les gestionnaires et les employés de l'Agence.

De même, il ne doit pas accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu, ni utiliser à son avantage, ou pour une autre personne, un bien de l'Agence ou une information qu'il détient.

2.5 **Absence de conflit d'intérêts** : l'administrateur ne doit pas placer son intérêt personnel au-dessus de l'intérêt public en vertu duquel il exerce ses fonctions. La notion de conflit d'intérêts est une notion très large. De fait, pour qu'il y ait conflit d'intérêts, il suffit qu'il existe une situation de conflit potentiel, une possibilité réelle que l'intérêt personnel, qu'il soit pécuniaire ou moral, soit préféré à l'intérêt public. Il n'est donc pas nécessaire que l'administrateur ait réellement profité de sa charge pour servir ses intérêts ou qu'il ait contrevenu aux intérêts de l'Agence.

Par conséquent, l'administrateur :

- doit éviter de se placer dans une situation de conflit entre son intérêt personnel et les obligations liées à ses fonctions;

- doit révéler à l'Agence tout intérêt direct ou indirect qu'il a dans un organisme, une entreprise ou une association, susceptible de le placer dans une situation de conflit d'intérêts, ainsi que les droits qu'il peut faire valoir contre l'Agence, et préciser, le cas échéant, leur nature et leur valeur;

- doit, s'il n'est pas à temps plein et s'il a un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence, révéler par écrit cet intérêt au président du conseil d'administration et, le cas échéant, s'abstenir de participer à toute délibération et à toute décision mettant en cause l'organisme, l'entreprise ou l'association dans lequel il a cet intérêt. Il doit en outre se retirer de la séance pour la durée des délibérations et du vote sur cette question;

- ne peut, s'il est à temps plein, sous peine de révocation, avoir un intérêt direct ou indirect dans un organisme, une entreprise ou une association mettant en conflit son intérêt personnel et celui de l'Agence; toutefois, cette révocation n'a pas lieu si un tel intérêt lui est échu par succession ou donation, pourvu qu'il y renonce ou en dispose avec diligence.

2.6 **Acceptation d'avantages et rémunération** : l'administrateur ne peut accepter aucun cadeau, aucune marque d'hospitalité ou autre avantage que ceux d'usage et d'une valeur modeste.

L'administrateur qui reçoit un avantage à la suite d'un manquement au présent code est redevable à l'État de l'avantage reçu.

2.7 **Service public** : l'administrateur a été nommé pour contribuer à la réalisation de la mission de l'État en santé et en services sociaux, en vue du mieux-être de la population et des citoyens; le fait d'être un administrateur de l'Agence ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit, et il doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.

2.8 **Après-mandat** : l'administrateur doit, après la fin de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit et dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions ou, selon le cas, de ses responsabilités, ou des deux à la fois.

L'administrateur qui a cessé d'exercer ses fonctions ne doit pas divulguer, outre les éléments visés au précédent alinéa, une information confidentielle qu'il a obtenue, ni donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information non accessible au public concernant l'Agence pour laquelle il a travaillé, ou un autre organisme ou entreprise avec lequel il avait des rapports directs importants au cours de l'année qui a précédé la fin de son mandat.

Il lui est interdit, dans l'année qui suit la fin de ses fonctions, d'agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'Agence pour laquelle il a agi est partie et sur laquelle il détient de l'information non accessible au public.

3 **Partenaires** : les membres des conseils et des comités de l'Agence, de la Commission infirmière régionale, de la Commission multidisciplinaire régionale, du Département régional de médecine générale, de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, du Comité régional sur les services pharmaceutiques, du Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise et du Forum de la population.

3.1 **Service public** : le partenaire s'engage, sur le plan intellectuel aussi bien que moral, à traiter avec la rigueur voulue les dossiers qui sont soumis à son expertise ou, selon le cas, dont il est chargé en vue du mieux-être de la population.

3.2 **Discrétion** : le partenaire doit respecter le caractère confidentiel des informations obtenues dans l'exercice de ses responsabilités, notamment en vertu de l'application de la Politique administrative visée à l'article 2.2, de même que de celles qui seraient susceptibles de nuire à l'intérêt public ou de porter atteinte à la vie privée des citoyens. De plus, le partenaire doit adopter une attitude de réserve à l'égard de tous les faits ou informations qui pourraient nuire à l'Agence.

3.3 **Honnêteté** : le partenaire ne doit pas accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu, ni utiliser à son avantage, ou pour une autre personne, une information qu'il détient.

3.4 **Conflits de rôles** : le partenaire doit prévenir tout conflit de rôles et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut exercer objectivement ses responsabilités.

4 **Gestionnaires :** les cadres supérieurs, les directeurs et les cadres intermédiaires de l'Agence assistent les administrateurs dans la réalisation de leurs mandats et voient à l'administration quotidienne des activités de l'Agence.

4.1 Les gestionnaires sont soumis, avec les adaptations nécessaires, aux mêmes obligations que celles applicables aux administrateurs et définies aux articles 2.1 à 2.8 du présent code, sous réserve de celle en matière de conflit d'intérêts énoncée dans la présente section.

Outre les obligations définies au précédent alinéa, le gestionnaire à temps plein doit exercer ses fonctions de manière exclusive, sauf si l'autorité qui l'a nommé l'affecte aussi à d'autres fonctions. Il peut toutefois, avec le consentement du président-directeur général, exercer des activités didactiques pour lesquelles il peut être rémunéré et des activités non rémunérées dans les organismes sans but lucratif. Autrement, le gestionnaire n'a droit, pour l'exercice de ses fonctions, qu'à la seule rémunération liée à celles-ci.

4.2 **Absence de conflit d'intérêts** : le gestionnaire ne doit pas placer son intérêt personnel au-dessus de l'intérêt public en vertu duquel il exerce ses fonctions et il doit éviter de se placer dans une situation de conflit telle que décrite à l'article 2.5 entre son intérêt personnel et les obligations liées à ses fonctions.

5 **Employés :** les employés de l'Agence sont exclusivement au service de cette dernière lorsqu'ils rendent des services à la population. Ils sont tenus, de par leurs fonctions, d'agir avec compétence et assiduité eu égard au service public qu'ils doivent rendre avec courtoisie, diligence et discrétion.

5.1 **Information** : l'employé doit donner à ses supérieurs toute l'information nécessaire à une prise de décision éclairée et doit assurer le traitement de l'information avec toute la rigueur requise. De plus, il est tenu de donner au citoyen l'information qu'il demande et qu'il a le droit d'obtenir en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c. A-2.1).

5.2 **Compétence** : l'employé doit accomplir les tâches liées à son emploi de façon compétente, c'est-à-dire rendre les services demandés d'une manière appropriée, suffisante et satisfaisante pour la clientèle et utiliser les moyens à sa disposition pour développer son expertise.

5.3 **Assiduité** : l'employé doit être présent au travail, accomplir sa tâche, respecter l'horaire de travail et ne pas s'absenter sans justification ni autorisation préalable.

5.4 **Service public** : l'employé doit adopter un comportement poli et courtois dans ses relations avec le public et éviter toute forme de discrimination interdite par la loi. En outre, il doit traiter avec empressement les dossiers qui lui sont confiés et qui touchent directement le public.

5.5 **Discrétion** : l'employé doit garder secrets les faits et les renseignements dont il prend connaissance et qui revêtent un caractère confidentiel, dont ceux découlant de l'application de la politique administrative visée à l'article 2.2. De plus, il doit adopter une attitude de réserve à l'égard de tous les faits ou informations qui sont portés directement ou indirectement à son attention et qui seraient de nature à nuire à l'intérêt public ou à porter atteinte à la vie privée des citoyens.

5.6 **Absence de conflit d'intérêts** : l'employé ne doit pas placer son intérêt personnel au-dessus de l'intérêt public. La notion de conflit d'intérêts est une notion très large. De fait, pour qu'il y ait conflit d'intérêts, il suffit qu'il existe une situation de conflit potentiel, une possibilité réelle que l'intérêt personnel, qu'il soit pécuniaire ou moral, soit préféré à l'intérêt public. Il n'est donc pas nécessaire que l'employé ait réellement profité de sa charge pour servir ses intérêts ou qu'il ait contrevenu aux intérêts de l'Agence. Un employé ne peut donc pas « avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et les devoirs de ses fonctions ».

Placé dans une situation où il se croit susceptible d'être en conflit d'intérêts, l'employé doit en informer ses supérieurs afin que soient déterminées les mesures qui devront être prises à cet égard.

5.7 **Exclusivité du service** : l'employé doit adopter une grande réserve dans l'exercice de toute fonction extérieure à l'Agence dans le champ de compétence de l'emploi occupé.

L'employé doit s'assurer que cette activité extérieure n'aura pas d'effet sur son rendement, sur son assiduité, sur ses obligations à titre d'employé de l'Agence, et ne donnera pas lieu à un conflit avec ses fonctions à l'Agence.

5.8 **Honnêteté** : l'employé ne doit accepter aucune somme d'argent ou toute autre forme de considération pour l'exercice de ses fonctions, autre que la rémunération et les avantages liés à son emploi.

De même, il ne doit pas accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu, ni utiliser à son avantage, ou pour une autre personne, un bien de l'Agence ou une information qu'il détient.

III MODALITÉS D'APPLICATION DU CODE

6 Les personnes chargées de l'application du code

6.1 Le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect du présent code par le président-directeur général et les autres administrateurs de l'Agence.

6.2 Le président-directeur général a la responsabilité de s'assurer du respect du présent code par les partenaires, les gestionnaires et les employés de l'Agence.

IV PROCÉDURE DISCIPLINAIRE ET SANCTION

7 Administrateurs et gestionnaires

7.1 La procédure disciplinaire et les sanctions applicables aux administrateurs sont celles définies dans le Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics.

7.2 Le président-directeur général est l'autorité compétente pour agir à l'égard d'un gestionnaire.

7.3 Le gestionnaire à qui l'on reproche un manquement à la déontologie ou à l'éthique peut être relevé provisoirement de ses fonctions, avec rémunération, par le président-directeur général afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave.

7.4 L'autorité compétente fait part au gestionnaire en cause du manquement reproché ainsi que de la sanction qui peut lui être imposée et l'informe qu'il peut, dans les sept jours, lui fournir ses observations et, s'il le demande, être entendu à ce sujet.

7.5 Sur conclusion que le gestionnaire a contrevenu au présent code, le président-directeur général lui impose une sanction.

Le président-directeur général impose toute sanction qu'il juge appropriée suivant les circonstances.

Toute sanction imposée à un gestionnaire, de même que la décision de le relever provisoirement de ses fonctions, doit être écrite et motivée.

7.6 Les sanctions imposées par le président-directeur général en vertu de l'article 7.5 peuvent prendre la forme d'une réprimande, d'une suspension ou d'un congédiement.

8 Partenaires et employés

8.1 Les articles 7.2 à 7.6 s'appliquent aux partenaires, avec les adaptations nécessaires. Toutefois, une sanction autre que la réprimande doit être approuvée préalablement par l'Agence.

8.2 Les articles 7.2 à 7.6 s'appliquent à l'employé, avec les adaptations nécessaires et sous réserve, le cas échéant, des dispositions de la convention collective qui le régissent.

2.3 Ressources matérielles, financières et informationnelles

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Mesures d'optimisation		
Sujet	**Actions régionales**	**État d'avancement au 31 mars 2013**
Téléphonie IP	• Maintenir à niveau 18 systèmes supportés par les manufacturiers • Remplacer sept systèmes téléphoniques désuets, selon les orientations du Ministère en priorisant notamment le Centre jeunesse de Québec	Action réalisée en majorité
Téléphonie cellulaire	• Transfert au nouveau contrat de la Corporation de services regroupés de l'Estrie (CSRE) • État de situation • Bénéfices • Inventaire au 30 juin 2012 des services cellulaires utilisés dans la région	Action réalisée en totalité
Visioconférence	• Fournir l'inventaire des stations de visioconférence au plus tard le 30 juin 2012, y compris les services de visioconférence avec caméra Web • Analyser la possibilité d'utiliser des services de visioconférence avec caméra Web de façon régionale ou suprarégionale	Action réalisée en majorité
Courrier électronique	• Identifier les boîtes de courrier à migrer • Épurer les boîtes de courrier à migrer qui ont un volume trop grand • Optimiser le nombre de licences de logiciels • Normaliser les adresses de courrier électronique (@ssss.gouv.qc.ca) • Inventorier les systèmes applicatifs et informationnels développés avec le collecticiel Lotus Notes et élaborer une stratégie visant à les adapter au nouveau contexte technologique suivant l'adjudication du contrat : – Participer à l'élaboration du plan régional de migration – Coordonner la gestion du changement dans la région	Action réalisée en totalité

Sujet	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2013
Gestion du parc des postes de travail	• Inventorier les systèmes d'information qui ont une dépendance forte avec la suite bureautique Microsoft Office (Word, Excel et Accès) pour opérer • Optimiser la gestion du parc des postes de travail par : – l'utilisation de regroupements d'achats – une gestion régionale des licences – un partage de l'expérimentation du déploiement des systèmes d'informations cliniques ou administratifs – la centralisation de la gestion du déploiement et de l'évolution des postes de travail • Ajuster le plan régional d'optimisation du parc par l'utilisation du client léger en accord avec le Guide d'optimisation du parc des postes de travail (avril 2012) • Définir une stratégie régionale de déploiement des clients légers en lien avec les autres projets d'optimisation, dont l'annulaire régional et le regroupement des CTI • Retenir une solution technologique unique pour tous les établissements	Action débutée
Regroupement des centres de traitement de données	• Inventorier les centres de traitement dans la région qui ont plus de quatre serveurs • Élaborer le plan d'optimisation visant à : – assurer une réduction progressive du nombre de centres de traitement dans la région – optimiser l'utilisation des centres de traitement (CTI) des centres hospitaliers (CH) déjà en place – optimiser les ressources TI spécialisées • Commencer l'identification pour chacun des établissements : – des services (cliniques et administratifs) à relever en cas d'un sinistre régional – des mesures administratives, organisationnelles et technologiques à mettre en œuvre • Commencer pour la région : – l'identification des besoins en relève informatique – la définition du plan de relève informatique • Négocier une entente avec une autre région pour la relève du CTI régional en accord avec les orientations du Ministère	Action réalisée en partie
Énergie	Poursuivre ou mettre en place des projets d'économie d'énergie pour les établissements de la région	Action réalisée en majorité

Sujet	Actions régionales	État d'avancement au 31 mars 2013
Approvisionnement en commun	Contribuer à la cible nationale d'achat en commun	Action réalisée en majorité
Système de paie	Poursuivre les travaux en cours visant à optimiser le processus de production de la paie et partager les résultats	Action réalisée en partie
Mise en œuvre du projet de loi n° 133	• Produire les plans triennaux des projets et des activités en ressources informationnelles (PTPARI), les programmations annuelles en ressources informationnelles (PARI), les bilans annuels des réalisations en ressources informationnelles (BARRI) ainsi que l'état de situation des projets (ESP) • Produire les analyses, avis et synthèses en marge des plans triennaux et annuels, des bilans ou des demandes d'approbation des projets des établissements	Action réalisée en totalité

2.3.1 Téléphonie IP

Le CHU de Québec a obtenu le mandat régional de téléphonie IP. Une offre régionale de service est en cours d'élaboration, en concertation avec les établissements de la région.

Les systèmes désuets sont pris en charge par chaque établissement en collaboration avec le CHU de Québec. Le projet de migration du système téléphonique du Centre Jeunesse de Québec est en cours. La solution de téléphonie IP s'appuie sur celle en usage au CHU de Québec et une analyse de la téléphonie a été produite pour le Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale. Le Ministère a donné son accord et le projet est en cours.

2.3.2 Visioconférence

L'inventaire des systèmes de visioconférence a été déposé.

2.3.3 Gestion du parc des postes de travail

L'engagement relié à la gestion du parc des postes de travail a été intégré dans le projet de regroupement des centres de traitements (CTI). Le dossier d'affaires initial a été autorisé par le Ministère. Le dossier d'affaires final est en démarrage.

2.3.4 Regroupement des centres de traitement de données

La portée du projet de regroupement des CTI a été adaptée pour prendre en compte la sélection et la gestion régionale des logiciels et licences, le regroupement, sur le plan régional, du déploiement et du soutien de 1er, 2e et 3e niveau du parc des postes de travail et de la virtualisation des applications.

Le dossier d'affaires initial a été autorisé par le Ministère. Le dossier d'affaires final est en démarrage.

2.3.5 Système de paie

L'appel d'offres en vue d'embaucher une ressource qui effectuera une révision des processus pour le volet Avantages sociaux a été retardé en raison du départ et de l'arrivée de la personne responsable du projet au cours de l'année.

L'embauche d'un nouveau directeur et d'un nouveau conseiller aux établissements à la Direction régionale du développement organisationnel (DRDO) assurera l'avancement de ce dossier. Une mise à jour des résultats de la collecte d'informations a été réalisée auprès des établissements de la région. L'Agence a participé à la présentation du projet de la région de l'Estrie et plusieurs établissements de la région de la Capitale-Nationale y ont assisté.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Priorités régionales de la Capitale-Nationale	
Sujets	**Résultats 2012-2013**
Informatisation sur le réseau Déploiement du DSQ	Lien avec l'indicateur régional R-2.11.1
Développement du Dossier clinique informatisé (DCI)	Action réalisée en totalité
Développement des Dossiers médicaux électroniques (DMÉ)	Sans objet
Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles : plan stratégique, renforcement de la gouvernance	Action réalisée en totalité

2.4 Informatisation du réseau

2.4.1 Développement des dossiers médicaux électronique (DME)

La région de la Capitale-Nationale a un service d'alimentation régional de résultats de laboratoire (SRALAB) qui achemine, pour certains GMF, les résultats de laboratoire associés aux prescripteurs du site. Ces résultats sont récupérés par le fournisseur de DME du site pour l'intégration et l'affichage dans le DME. Par ailleurs, l'équipe en place soutient les cliniques et les GMF ainsi que les fournisseurs de DME dans le déploiement de leur solution.

2.4.2 Répertoire des ressources

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Priorités régionales de la Capitale-Nationale			
Indicateurs	**Résultats 2011-2012**	**Engagements 2012-2013**	**Résultats 2012-2013**
Répertoire des ressources 6.01.01 Proportion des ressources du répertoire des ressources en santé et services sociaux	Nouveau	95 %	99,25 %

Au terme de la période 13, les résultats indiquent que 99,25 % des ressources du territoire respectent le calendrier du processus de mises à jour du répertoire des ressources en santé et services sociaux.

2.4.3 Plan de gestion en ressources informationnelles

Conformément à Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement, adoptée en juin 2011, les établissements de santé et l'Agence ont produit, pour une première fois, leurs planifications triennales des projets et des activités en ressources informationnelles.

L'Agence a validé la pertinence des projets énoncés dans les planifications des établissements. Elle a analysé les possibilités de mise en commun, de partage et de réutilisation sur le plan régional. Ces possibilités ont fait l'objet d'une concertation régionale. Par la suite, l'Agence a produit une synthèse énonçant les priorités de la région pour les années 2013-2014, 2014-2015 et 2015-2016.

Les planifications, les avis et la synthèse ont été déposés pour approbation au dirigeant du réseau de l'information du Ministère.

2.4.4 Technocentre régional

L'Agence a atteint les trois grands objectifs indiqués dans le rapport annuel de 2008-2009, soit :

- améliorer le service à la clientèle et la gouvernance des activités opérationnelles (incidents, projets et changements) réalisées par le Technocentre régional (TCR);
- assurer l'évolution de l'organisation technologique et logistique des infrastructures (salle des serveurs) exploitées et supportées par le TCR;
- revoir le processus de gestion financière pour assurer une facturation équitable des services du TCR en fonction de ses activités d'hébergement pour le réseau ainsi que celles de fournisseurs de services technologiques envers ses divers clients.

En 2012-2013, le TCR a investi des efforts importants dans la réalisation de nouveaux dossiers et dans la finalisation de projets débutés en 2011-2012 :

- hébergement du Dossier clinique informatisé – Ambulatoire (DCI-A) pour six établissements de la région (CSSS de Charlevoix, CSSS de Portneuf, CSSS de Québec-Nord, CSSS de la Vieille-Capitale, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec-IRDPQ et l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's);
- maintien et amélioration des infrastructures du Dossier de santé du Québec hébergées au TCR;
- début des travaux (appels d'offres, etc.) en prévision de remplacer l'environnement de stockage (SAN) du TCR;
- implantation d'un serveur (Oracle SUN T4) permettant d'accroître la capacité de virtualisation de l'environnement UNIX.

Au cours de la dernière année, le TCR a actualisé les processus de travail suivants :

- optimisation d'une pratique de gestion des changements technologiques;
- optimisation d'un processus formel de gestion des incidents;
- optimisation d'un processus formel et d'outils de gestion des événements (surveillance et alerte);
- optimisation d'un processus formel de gestion des ententes de services (hébergement, exploitation et assignation fixe).

Il a aussi mis à niveau les infrastructures technologiques suivantes :

- optimisation de l'environnement physique de la salle des serveurs;
- poursuite de la virtualisation des serveurs (75 % de la virtualisation est réalisée);
- augmentation de la performance du réseau entre les serveurs en introduisant une technologie de réseau convergeant d'une vitesse de 10 Gbps.

Outre les projets mentionnés ci-dessus, les ressources du TCR ont également répondu à 11 094 requêtes de service.

2.4.5 Système d'information sur les usagers (SIU)

Le SIU régional est la solution utilisée par plus de 1 200 intervenants des réseaux « santé mentale adulte » (SMA) et « enfance-jeunesse » de la Capitale-Nationale pour répondre au besoin de continuité de l'information lors d'une prestation de services en réseau.

La couverture est complétée pour 13 des 21 partenaires du réseau SMA. En 2012-2013, l'accès au SIU s'est concrétisé pour le Programme d'encadrement clinique et d'hébergement, le Centre de crise de Québec et le Centre de prévention du suicide de Portneuf.

La couverture est complétée pour sept des neuf partenaires du réseau « enfance-jeunesse ». En 2012-2013, l'accès au SIU s'est concrétisé pour les CSSS de Québec-Nord, de la Vieille-Capitale, de Portneuf et de Charlevoix.

Cette année, les formulaires électroniques et le prescripteur intégrés au SIU ont eu la cote. Le cap des 18 500 formulaires électroniques complétés directement dans le SIU par les intervenants ainsi que 7 000 prescriptions électroniques consignées par les médecins a été franchi.

La confiance des usagers au SIU se réaffirme avec plus de 12 200 consentements acceptés.

2.4.6 Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA)

Au cours de l'année financière 2012-2013, l'utilisation du système d'information du Réseau de services intégrés pour les personnes âgées a été consolidée dans les établissements de la région en permettant son utilisation par des travailleurs sociaux en centre hospitalier. Le système permet de soutenir la prise en charge de l'usager dans le continuum de soins ainsi que les demandes d'hébergement pour la clientèle en perte d'autonomie liée au vieillissement. Le déploiement de la solution informatique a été réalisé au Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec (CRDI). De plus, le déploiement à l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ) est planifié au début du prochain exercice financier.

2.4.7 Services de consultation de résultats de laboratoire

Au cours de l'année 2012-2013, le Jeffery Hale – Saint Brigid's s'est ajouté à la liste des utilisateurs du dépôt régional de résultats cliniques (DRRC) afin de permettre aux cliniciens d'accéder aux résultats de laboratoire à partir de l'application choisi (Cristal-Net). Actuellement, le DRRC dessert plus de 700 utilisateurs (médecins, infirmières, résidents, pharmaciens, secrétaires) répartis dans 27 GMF sur 29, dans les CSSS (UMF, CLSC, CHSLD), au Jeffery Hale – Saint Brigid's et à l'IRDPQ.

En parallèle, le déploiement du service régional d'alimentation de résultats de laboratoire (SRALAB) s'est accru. Avec l'implantation des DME en GMF, la demande est plus grande pour la transmission des résultats de laboratoire lors de la réception et de l'affichage dans

l'application locale. Actuellement, le SRALAB dessert des médecins répartis dans 10 GMF sur 29 et en établissements : CHU de Québec, CHA, IUSMQ, CSSS, CRUV.

2.4.8 Dossier clinique informatisé (DCI)

Le projet « DCI ambulatoire » vise l'implantation d'un dossier clinique informatisé pour 1 093 intervenants des consultations externes de 8 établissements : les centres hospitaliers, l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec ainsi que les centres de santé et de services sociaux de la région. Il permet également de rehausser les fonctionnalités du DCI par l'ajout d'un aviseur-prescripteur de médicaments et par l'interconnexion du DCI avec le Dossier de santé du Québec (DSQ). Le projet est à l'étape d'installation technique et de paramétrage du DCI.

2.4.9 Mesures d'optimisation

Pour l'année qui vient de se terminer, en lien avec les mesures d'optimisation incluses dans l'entente de gestion et d'imputabilité 2012-2013 signée avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Agence et les établissements de la région ont réalisé les travaux suivants :

- regroupement des centres de traitement informatique : le dossier d'affaires initial a été approuvé par le Ministère, une stratégie de réalisation du dossier d'affaires final a été définie et le dossier d'affaires final est en démarrage;
- service national de courrier électronique : le plan de migration régional a été transmis au Ministère et un état de la situation des applicatifs fonctionnant sur la plateforme Lotus Notes utilisés pour le courrier électronique a été réalisé.
- téléphonie IP : des projets sont en cours au regard de la désuétude des systèmes téléphoniques au Centre jeunesse de Québec et au CSSS de la Vieille-Capitale.

2.4.10 Dossier de santé du Québec

L'année 2012-2013 a commencé avec un ralentissement dans le déploiement du DSQ en sites cliniques occasionné par l'arrêt du déploiement des pharmacies communautaires, mot d'ordre lancé par l'AQPP.

Une priorité a été mise sur les travaux permettant l'alimentation du DSQ par l'ensemble des laboratoires des établissements de la région. Les travaux se sont réalisés d'avril 2012 à la fin février 2013 avec une excellente collaboration et participation des établissements. Depuis ce moment, les résultats de laboratoire produits dans les douze laboratoires se retrouvent au domaine laboratoire DSQ à la grande satisfaction des cliniciens de la région.

Dès octobre 2012, le degré d'avancement des travaux d'alimentation des résultats de laboratoire a permis de reprendre le déploiement dans les sites cliniques GMF, CM et les établissements. Au 31 mars 2013, le DSQ est aujourd'hui déployé dans 133 pharmacies, 17 GMF, 4 cliniques et en établissements, dans 5 urgences, 5 CLSC, en pharmacies et en consultations externes. Le DSQ compte plus de 1 200 utilisateurs, médecins, infirmières, pharmaciens. La cible ministérielle pour la région est de 3 572 utilisateurs.

2.5 Immobilisations, technologies médicales et équipements

2.5.1 Partagec

Au cours de la dernière année, plusieurs analyses et études ont été réalisées afin de mieux définir le projet de construction d'une nouvelle buanderie Partagec pour desservir les établissements de santé et de services sociaux de la région de la Capitale-Nationale. À la suite de la mise à jour du programme fonctionnel et technique et du budget du projet, il a donc été possible de valider que le projet de construction pouvait être autofinancé à partir des revenus des activités de buanderie et de l'optimisation de la production générée par les nouvelles installations. Le 22 mars 2013, le ministre de la Santé et des Services sociaux, le Dr Réjean Hébert, autorisait la mise à l'étude du projet de construction, soit la réalisation du concept et des plans et devis préliminaires. Un comité directeur de projet, composé de représentants du Ministère, de l'Agence, de Partagec et des établissements, a également été mis en place pour s'assurer du respect des paramètres du projet.

2.5.2 Dossier des hôpitaux de Baie-Saint-Paul et de La Malbaie

En conférence de presse, le 17 janvier 2011, le ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque, le Dr Yves Bolduc, faisait part de sa décision quant à l'avenir des services de santé sur le territoire du Centre de santé et des services sociaux (CSSS) de Charlevoix, soit la construction d'un nouvel hôpital à Baie-Saint-Paul et la réalisation des travaux parasismiques à l'Hôpital de La Malbaie, dans l'attente du dépôt d'un projet pour un nouvel hôpital à La Malbaie.

En fonction des exigences de la politique-cadre sur la gouvernance des grands projets d'infrastructure publique, le CSSS de Charlevoix a déposé à l'Agence, le 25 mai 2012, le programme fonctionnel et technique et le dossier d'affaires initial pour le projet du nouvel hôpital à Baie-Saint-Paul. Par la suite, plusieurs instances gouvernementales engagées dans le projet ont analysé la documentation et proposé des études supplémentaires concernant, entre autres, le mode de réalisation et la confirmation du terrain à privilégier pour la construction du nouvel hôpital. En mars 2013, un programme fonctionnel et technique et un dossier d'affaires initial révisé ont été transmis aux autorités gouvernementales afin d'obtenir une autorisation pour réaliser le dossier d'affaires final, selon un mode de réalisation « clés en main ».

Pour le nouvel hôpital à La Malbaie, le programme fonctionnel et technique et le dossier d'affaires initial ont été déposés à l'Agence le 22 juin 2012. Toutefois, au cours de l'année 2012-2013, les énergies ont été consacrées à la finalisation du dossier de l'Hôpital de Baie-Saint-Paul. L'évaluation des documents du nouvel hôpital à La Malbaie par les différentes instances gouvernementales se poursuivra dès l'obtention de l'autorisation du projet de Baie-Saint-Paul.

En ce qui concerne la réhabilitation parasismique de l'Hôpital de La Malbaie, les travaux ont débuté en février 2013 et se termineront en décembre de la même année. Le budget de ce projet est de 12 millions de dollars.

2.5.3 Projet d'agrandissement et de rénovation de L'Hôtel-Dieu de Québec

Le 21 avril 2011, le ministre de la Santé et des Services sociaux de l'époque, le Dr Yves Bolduc, autorisait l'élaboration du dossier d'affaires final pour le projet d'agrandissement et de rénovation de L'Hôtel-Dieu de Québec. Ce projet a deux volets : la construction de bâtiments pour les consultations externes et le soutien logistique (volet 1) et l'agrandissement du cœur de l'hôpital et la rénovation en profondeur de ses composantes existantes (volet 2). Le budget du projet est estimé à 715,6 millions de dollars. L'étape du concept pour chacun des volets a été déposée en mars 2013.

Le 13 mars 2013, à la suite d'une demande du CHU de Québec et d'une recommandation de l'Agence, le ministre de la Santé et des Services sociaux, le Dr Réjean Hébert, autorisait le CHU de Québec à procéder à l'analyse d'une nouvelle solution immobilière pour le projet de L'Hôtel-Dieu de Québec sur le site de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus. Par la même occasion, le projet d'agrandissement et de rénovation sur le site de L'Hôtel-Dieu de Québec était temporairement suspendu. Le rapport de cette analyse devra être déposé au ministre de la Santé et des Services sociaux le 21 juin 2013.

De plus, le 13 mars 2013, le ministre de la Santé et des Services sociaux confiait à l'Agence le mandat d'amorcer les réflexions quant à l'utilisation des locaux laissés vacants par un transfert éventuel, le cas échéant, des activités de L'Hôtel-Dieu de Québec sur le site de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus. À la demande du sous-ministre, M. Jacques Cotton, cette réflexion devra prévoir le maintien des services médicaux de première ligne pour les résidents du Vieux-Québec et la présence de 1 000 travailleuses et travailleurs afin d'assurer la vitalité économique de ce secteur de la ville. Le rapport devra être déposé au ministre de la Santé et des Services sociaux le 5 juillet 2013.

2.5.4 Application de la procédure d'examen des plaintes et de l'amélioration de la qualité des services [2]

En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les usagers ou leurs représentants peuvent porter plainte auprès du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services s'ils sont insatisfaits des services reçus ou qu'ils auraient dû recevoir des instances suivantes : organismes communautaires, résidences privées pour personnes âgées, ressources d'hébergement en toxicomanie ou en jeu pathologique, services préhospitaliers d'urgence et l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (pour ses activités ou fonctions qui concernent personnellement le plaignant).

En 2012-2013, le commissaire régional a traité 63 plaintes en provenance d'usagers ou de leurs représentants, dont 61 ont été conclues et 2 étaient en cours de traitement au 31 mars 2013, comme présentées au tableau 15. Dans une proportion de 91,8 %, les plaintes ont été conclues (56) à l'intérieur des 45 jours souhaités par le régime d'examen des plaintes. Au total, deux plaintes ont fait l'objet d'un recours en deuxième instance auprès du Protecteur du citoyen. Les plaintes reçues en cours d'année (60) concernent principalement les résidences pour personnes âgées (53 %) et les services préhospitaliers d'urgence (22 %), suivis des organismes communautaires (10 %) et de l'Agence (12 %).

Dans les 61 plaintes conclues, 145 motifs d'insatisfaction ont été invoqués par les usagers ou leurs représentants, dont 128 ont été retenus pour examen. De ce nombre, 68 motifs ont fait l'objet de 127 mesures correctives, dont 52 engagements de l'instance visée et 75 recommandations de la part du commissaire régional. Au 31 mars 2013, 91 % des mesures correctives étaient implantées (115).

En 2012-2013, le commissaire régional a reçu 59 signalements en provenance de la population ou des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux. Tous les signalements ont fait l'objet d'un processus de validation. Au total, 28 signalements ont donné lieu à une intervention de la part du bureau du commissaire auprès de l'instance visée, 2 de la part de l'Agence, en lien avec le suivi de la certification, et 6 de la part des centres de santé et de services sociaux (CSSS). De plus, cinq signalements ont été abandonnés par le signalant et quinze ont été fer-

2. Ce rapport sommaire présente les grandes lignes du traitement des plaintes acheminées à l'Agence en 2012-2013. Un rapport détaillé sur l'examen des plaintes par l'ensemble des établissements de la région et par l'Agence est accessible au centre de documentation et dans le site Internet de l'Agence.

més parce qu'il n'y avait pas de motifs raisonnables de croire que les droits d'une personne ou d'un groupe de personnes n'étaient pas respectés. La très grande majorité des signalements (67 %) concernait les résidences pour personnes âgées.

Des 28 interventions conclues par le bureau du commissaire, 52 motifs d'insatisfaction ont été invoqués et retenus pour examen. De ce nombre, 52 motifs ont fait l'objet de 29 mesures correctives, dont 9 engagements de l'instance visée et 20 recommandations du commissaire régional. Au 31 mars 2013, 70 % des mesures correctives étaient implantées; rien ne laisse croire que les autres mesures ne le seront pas à leur échéance.

Conformément à son mandat, le bureau du commissaire régional a répondu à 208 demandes d'assistance de la population (soutien à une démarche) et à 16 demandes de consultation (avis) de la part des commissaires locaux et des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux.

Nombre de plaintes en 2012-2013, selon leur statut au 31 mars 2013

Plaintes en voie de traitement le 1er avril 2012	plaintes reçues en 2012-2013	Plaintes totales à traiter	Plaintes conclues	Plaintes en voie de traitement le 31 mars 2013
3	60	63	**61**	2

3 Programmes et services

3.1 Santé publique

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Priorités régionales de la Capitale-Nationale			
Indicateurs	**Résultats 2011-2012**	**Engagements 2012-2013**	**Résultats 2012-2013**
Services intégrés en périnatalité 1.01.12 Pourcentage de femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les SIPPE	112,2	89,3	120,1
Vaccination 1.01.14 Proportion des enfants recevant en CSSS, mission CLSC, leur première dose de vaccin contre DCaT-Polio-Hib dans les délais	81,3	85	84,9
1.01.15 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur première dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	59,7	85	66,2
1.01.16.01 Proportion des enfants recevant en CSSS (CLSC) leur première dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais	58,3	85	64,0

Explications détaillées relatives au tableau précédent

1.01.12 Pourcentage de femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les SIPPE

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. En 2012-2013, 120,1 %[3] des femmes enceintes et des nouvelles mères ayant accouché ont bénéficié des SIPPE, soit un dépassement de 30,8 points de pourcentage par rapport à l'objectif régional de 89,3 %. Un total de 281 mères qui ont accouché a été joint. Tous les établissements atteignent l'engagement.

1.01.14 Proportion des enfants recevant en CSSS, mission CLSC, leur première dose de vaccin contre DCaT-Polio-Hib dans les délais

1.01.15 Proportion des enfants recevant en CSSS, mission CLSC, leur première dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais

1.01.16.01 Proportion des enfants recevant en CSSS (CLSC) leur première dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais

3. Le résultat régional 2011-2012 au-delà de 100 % peut s'expliquer par la sous-estimation du nombre de mères à rejoindre (dénominateur du taux), selon la méthode utilisée par le Ministère.

Au terme de la période 13, dans la région de la Capitale-Nationale, 84,9 % des enfants ont reçu leur première dose de vaccin DCaT-Polio-Hib (Pentacel ou Pediacel) à l'intérieur de deux semaines du moment prévu au calendrier du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ). Il en va de même pour 66,2 % des enfants ayant reçu leur dose de méningocoque de sérogroupe C et pour 64,0 % d'entre eux ayant reçu leur première dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons.

Les indicateurs demeurent sous la cible fixée à 85 % par le Ministère, à l'exception de l'indicateur 1.01.14 qui présente un faible écart. Des gains ont toutefois été réalisés par rapport à l'an dernier.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer les retards vaccinaux, dont la difficulté pour les parents de respecter leur rendez-vous. Le plan d'action pour la promotion de la vaccination, élaboré par l'INSPQ et implanté dans la région, a fait l'objet d'une évaluation auprès des CLSC de la province. Cette évaluation devrait permettre de dresser un portrait des mesures et des interventions mises en place par les établissements de la région. Les résultats seront discutés au sein du comité régional SIPPE-OLO, l'instance désignée pour définir les modalités d'intervention et convenir des stratégies efficaces pour améliorer l'offre de service en vaccination et maximiser le respect du calendrier vaccinal.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013			
Plan stratégique ministériel Axe d'intervention	Prévention dans les continuums de services		
Objectifs de résultats	1.1.1 Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP)		
	1.1.2 Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, en donnant la priorité aux problèmes suivants : • infections transmissibles sexuellement et par le sang • habitudes de vie et maladies chroniques • chutes chez les personnes âgées • suicide		
Indicateurs	**Résultats 2011-2012**	**Engagements 2012-2013**	**Résultats 2012-2013**
1.01.20 Pourcentage des activités du PNSP implantées	Non disponible	83,5	82,8
1.01.21 Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires ayant fait l'objet d'activités de soutien	73	75,6	100

Explications détaillées relatives au tableau précédent

1.01.20 Pourcentage des activités du PNSP implantées

Au terme de la période 13, 82,8 % des activités du PNSP sont implantées dans la région de la Capitale-Nationale, ce qui représente un écart de - 0,7 point de pourcentage par rapport à l'engagement 2012-2013 de 83,5 %.

L'analyse de l'information recueillie indique le maintien du degré d'implantation pour la majorité des activités du PNSP introduites dans la région (plusieurs d'entre elles étant au niveau 3). Certains changements concernant l'implantation sont constatés, à la hausse ou à la baisse, et expliquent l'augmentation observée.

1.01.21 Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires ayant fait l'objet d'activités de soutien

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale des pratiques cliniques préventives prioritaires ayant fait l'objet d'activités de soutien est de 100 %, soit 24,4 de plus que l'engagement 2012-2013 fixé à 75,6 %.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013			
Plan stratégique ministériel Axe d'intervention	Contrôle des infections nosocomiales		
Objectifs de résultats	4.1.3 Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis		
Indicateurs	**Résultats 2011-2012**	**Engagements 2012-2013**	**Résultats 2012-2013**
1.01.19.1 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis — diarrhées nosocomiales associées au Clostridium difficile	75	85	87,5
1.01.19.2 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis — bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline	100	100	100
1.01.19.3 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis — bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs	86	85	100

Explications détaillées relatives au tableau précédent

1.01.19.1 Diarrhées nosocomiales associées au Clostridium difficile

Au terme de la période 13, 87,5 % des installations des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) de la région de la Capitale-Nationale ont des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils maximaux établis pour les diarrhées nosocomiales associées au Clostridium difficile, soit 2,5 points de pourcentage de plus que l'engagement 2012-2013 fixé à 85 %.

Pour l'Hôpital Saint-François d'Assise (CHU de Québec), les taux demeurent élevés dans l'ensemble de l'hôpital, avec les éclosions localisées dans certaines unités, à quelques reprises durant l'année. D'ailleurs, le taux de diarrhée associée au C. difficile (DACD) a été supérieur à 20 pour 3 périodes en 2012-2013 (soit les périodes 1, 12 et 13). De nombreuses mesures ont été mises en place. De plus, une visite de responsables de la Direction régionale de santé publique

a eu lieu le 30 avril 2013 afin de discuter spécifiquement des DACD et de formuler des recommandations précises pour tenter d'améliorer la situation de façon prolongée. La situation continuera d'être suivie de près en 2013-2014.

1.01.19.2 Bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. En effet, 100 % des installations des CHSGS de la région de la Capitale-Nationale ont des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis pour les Bactériémies à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline.

1.01.19.3 Bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs

Au terme de la période 13, 100 % des installations des CHSGS de la région de la Capitale-Nationale ont des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis pour les bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs, soit 15 points de pourcentage de plus que l'engagement 2012-2013 fixé à 85 %.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Planification stratégique régionale – Plan d'action 2012-2013		
Prévention et promotion		
Sujets	**Résultats 2012-2013**	
Mise en œuvre du PNSP – PAR-SP		
R-1.1.1 Cibler 100 % des programmes qui nécessitent une augmentation de l'intensité	Atteint	
R-1.1.2 Cibler des objectifs à atteindre pour chaque programme qui nécessite une augmentation d'intensité et des indicateurs de suivi	Atteint	
Suivi du PAR-SP		
R-1.2.2 Préparer un bilan de l'implantation des activités du PAR	Atteint	
Clientèles vulnérables	**2011-2012**	**2012-2013**
R- 1.3.1 Augmenter l'intensité du programme « Viactive » chez les personnes âgées	88	91
Inégalités sociales de santé		
R- 1.4.1 Diffuser un rapport sur les inégalités sociales de santé et élaborer un plan d'action pour la mise en œuvre des recommandations issues du rapport	Atteint	
R- 1.4.2 Soutenir trois projets de mobilisation des communautés pour contrer les inégalités sociales de santé	Atteint	
R- 1.4.3 Poursuivre la consolidation des cinq projets Approche territoriale intégrée visant à lutter contre la pauvreté et l'exclusion sociale	Atteint	

Sujets	Résultats 2012-2013	
Pratiques préventives	2011-2012	2012-2013
R-1.5.1a1 52 groupes implantés pour le programme ÉquiLIBRE	62	65
R-1.5.1a2 382 personnes desservies par le programme MARCHE	226	270
R-1.5.1a3 22 groupes implantés pour les programmes PIED	21	21
R-1.5.1b Mettre en place un mécanisme permettant la prise en charge complète par les CSSS de la planification, la mise en œuvre et l'animation des groupes ÉquiLIBRE sur leur territoire ainsi que l'arrimage entre les volets du continuum de services, la diffusion de l'information et la promotion de ses programmes	Atteint	
R-1.5.2A Compléter le déploiement du plan de mise en œuvre des pratiques cliniques préventives reconnues pour les maladies chroniques	Non atteint	
R-1.5.2B Réaliser l'évaluation de l'implantation du plan de mise en œuvre des pratiques cliniques préventives reconnues pour les maladies chroniques	Non atteint	
R-1.5.3 Diffuser les formations sur le guide de bonne pratique en prévention du suicide	Atteint	
R-1.5.4 Mettre en place et évaluer un projet d'expérimentation sur les pratiques cliniques préventives en GMF, CRQ et UMF	Atteint	

Explications détaillées relatives au tableau précédent

R-1.5.1a2 382 personnes desservies par le programme MARCHE

Au terme de la période 13, le résultat régional indique la non-atteinte de l'engagement puisque 270 personnes ont été desservies par le programme MARCHE (interventions multifactorielles personnalisées), soit 112 personnes de moins que l'engagement fixé à 382. Toutefois, il s'agit d'une amélioration par rapport au résultat de 2011-2012, où 226 personnes avaient été jointes. Aucun CSSS n'a atteint l'engagement, à l'exception du CSSS de Charlevoix.

Le CSSS de Portneuf connaît des difficultés dans l'intégration du programme MARCHE au sein de différents secteurs d'activité du soutien à domicile (SAD). Il conduira une démarche d'optimisation pour les évaluations et les interventions du programme MARCHE ainsi que les trajectoires de services. De plus, cet établissement effectuera des activités pour favoriser l'intégration du programme aux différents secteurs d'activité (ex. : rencontres des gestionnaires des secteurs visés).

Le CSSS de la Vieille-Capitale a revu récemment la structure de fonctionnement du programme MARCHE; l'intégration de ce programme par les divers professionnels n'est pas complétée. Il réalisera des rencontres avec les équipes du SAD pour consolider la nouvelle structure de fonctionnement du programme MARCHE. De plus, les attentes seront précisées et les trajectoires optimisées.

Le CSSS de Québec-Nord connaît un manque d'efficience dans certaines pratiques professionnelles pour le programme MARCHE. Il fera une révision des processus MARCHE dans l'objectif d'optimiser les pratiques qui y sont associées.

Les services communautaires de langue anglaise de l'Hôpital Jeffery Hale — St-Brigid's éprouvent des difficultés d'accès aux services de certains professionnels (pharmaciens, nutritionnistes, physiothérapeutes). Ils sont en cours de négociations pour conclure des ententes afin d'accéder aux services des professionnels manquants. Ces négociations permettront d'offrir un processus au programme MARCHE complet en 2014 à la hauteur de l'engagement.

R-1.5.1a3 22 groupes implantés pour les programmes PIED

Au terme de la période 13, les résultats indiquent la non-atteinte de l'engagement. La région de la Capitale-Nationale a implanté 21 groupes PIED, pour un écart défavorable de 1seulement.

Afin de favoriser l'accès au programme PIED, il a été convenu d'offrir un groupe de moins afin de joindre les aînés d'une municipalité plus éloignée (Saint-Ubalde), donc plus coûteuse en déplacement.

R-1.5.2A Compléter le déploiement du plan de mise en œuvre des pratiques cliniques préventives reconnues pour les maladies chroniques

Les difficultés vécues sont reliées à des particularités d'établissement. Au CSSS de Portneuf, l'absence prolongée de l'intervenante pivot du projet a retardé la mise en œuvre des actions planifiées. Au CSSS de Charlevoix, un délai dans la mise en place du soutien technologique (plateforme Internet) a occasionné des retards dans le déploiement des actions planifiées.

Au CSSS de Portneuf, l'intervenante absente a été remplacée depuis le mois d'avril 2013, alors qu'au CSSS de Charlevoix, le plan d'action a été ajusté en fonction des délais reliés à la mise en place du soutien technologique.

R-1.5.2B Réaliser l'évaluation de l'implantation du plan de mise en œuvre des pratiques cliniques préventives reconnues pour les maladies chroniques

La Direction régionale de santé publique (DRSP) est responsable de l'évaluation de l'implantation. Une participation des CSSS à la collecte des données nécessaire à l'évaluation était attendue. À cet égard, les CSSS de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord ont réalisé leur engagement. Un retard dans l'échéancier des plans d'action du CSSS de Portneuf et du CSSS de Charlevoix a occasionné des délais dans la réalisation de l'évaluation sur ces deux territoires.

L'évaluation de l'implantation réalisée par la DRSP sera complétée durant la prochaine année. La participation attendue des CSSS de Portneuf et de Charlevoix sera réalisée en fonction des plans d'action modifiés au cours de la prochaine année.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Autres attentes signifiées 2012-2013 (Annexe des ententes de gestion : attentes régionales de Santé publique)	
Développement de l'adaptation et de l'intégration sociale	
Services intégrés en périnatalité et en petite enfance pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité	
1.1 REG.7.A	1-Assurer l'implantation du volet Environnements favorables, participer à l'identification des orientations régionales et 2-transmettre à l'Agence le nombre et le type d'actions ou projets
Résultats observés au 31 mars 2013	**1**- Animé par un professionnel de la Direction régionale de santé publique, un comité régional composé des organisateurs communautaires de CSSS tient trois à quatre rencontres par année. Les principaux objectifs sont de mettre à jour et de réaliser un plan d'action qui découle des orientations régionales adoptées en 2006.
	2- Les projets locaux réalisés sont au nombre de 49 en 2012-2013 dans les territoires des CSSS de la région de la Capitale-Nationale. Ces projets ont joint approximativement 6000 familles dont une proportion importante répond aux critères des SIPPE. Plusieurs des projets réalisés touchent au moins un des cinq domaines du développement de l'enfant ci-dessous. Pour la Santé physique et le bien-être, on dénombre 17 projets réalisés, soit 33 % de tous les projets. Ces projets visent notamment la motricité de l'enfant, son alimentation, son apprentissage de la propreté et sa préparation physique (habillement adéquat). Les autres projets touchent les autres domaines du développement dans les proportions suivantes : Développement cognitif et langagier (10 %); Compétences sociales (6 %); Habiletés de communication et les connaissances générales (4 %) et Maturité affective (2 %). Les résultats de l'enquête québécoise sur le développement de l'enfant à la maternelle 2012 (EQDEM 2012) disponibles dès l'automne 2013 seront un outil pertinent pouvant soutenir les regroupements locaux dans l'identification d'actions locales visant à créer des environnements favorables pour le développement des tout-petits et de leur famille.

Les projets ou activités déployés dans la région sont pertinents. Ils visent à la fois le développement des enfants de 0 à 5 ans et la réalisation des projets de vie des parents. De plus, la présence de Québec en forme au sein de plusieurs regroupements locaux ciblant les enfants âgés de 0 à 5 ans peut expliquer pourquoi la santé physique et le bien-être sont le domaine le plus ciblé par les projets locaux.

Œuf, lait, jus d'orange (OLO)	
1.1 REG.2.A	Proportion de mères à joindre sous le seuil de faible revenu – 766 mères à joindre
Résultats observés au 31 mars 2013	792 mères ont été jointes dans la région de la Capitale-Nationale (données fournies directement des CSSS).

À l'échelle régionale, le nombre de mères inscrites au programme OLO dépasse la cible fixée.

Les CSSS de Charlevoix, de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord ont atteint leurs cibles. Quant au CSSS de Portneuf, la mauvaise interprétation d'une composante du critère d'admission au programme OLO, c'est-à-dire la prise en compte du revenu du conjoint de fait dans le calcul du revenu familial, a mené au refus d'inscription d'un certain nombre de mères qui auraient normalement été admissibles au programme. Ce CSSS modifiera sa façon d'appliquer le critère d'admissibilité pour inscrire un plus grand nombre de femmes au programme.

Clinique d'allaitement	
1.1 REG.3.A	1 180 dyades mère-enfant à joindre par la clinique d'allaitement
Résultats observés au 31 mars 2013	Trois CSSS opèrent une clinique d'allaitement : Vieille-Capitale, Portneuf et Charlevoix en plus du CHU de Québec qui offre les services à sa clientèle. Pour l'ensemble de ces quatre cliniques d'allaitement, le nombre de dyades mère-enfant rencontrées (1 391 dyades pour la région) a surpassé les résultats attendus.

Une des quatre cliniques n'a pas atteint la cible, soit le CSSS de la Vieille-Capitale (703 dyades mère-enfant comparativement à la cible de 750 dyades). Auparavant, les médecins donnaient davantage de temps à la consultation. Aujourd'hui, malgré le plus grand nombre de médecins offrant un soutien à la clinique, aucun d'entre eux ne fait la consultation en allaitement. Les deux consultantes en lactation, embauchées à raison de trois jours par semaine chacune, sont en mesure d'accueillir environ 700 dyades mère-enfant par année.

En tenant compte exclusivement du nombre de dyades mère-enfant qui consultent les cliniques en CSSS, près de 13 % des femmes qui allaitent utilisent les services de la clinique. La fréquentation varie de 10 % à 13 % par année depuis les sept dernières années

Le CSSS de la Vieille-Capitale offrira une quatrième journée de clinique d'allaitement à l'UMF Maizeret dès le printemps 2013. Avec ce soutien additionnel, la cible actuelle sera très probablement dépassée pour l'année à venir.

1.1 REG.3.B	1 540 visites à la clinique d'allaitement
Résultats observés au 31 mars 2013	Pour l'ensemble des trois cliniques d'allaitement des CSSS de la région, 1 506 visites ont eu lieu, y compris l'accueil des dyades des autres régions pour les CSSS seulement. En y ajoutant le nombre de visites du CHU de Québec, la cible est amplement dépassée (2 538). Près de 15 % de la clientèle de la clinique du CSSS de la Vieille-Capitale provient d'autres régions. Cette situation existe depuis l'ouverture de la clinique régionale en 2004.

Le nombre de visites excède le nombre de dyades mère-enfant puisque certaines de ces dyades consultent une deuxième et, à l'occasion, une troisième fois la clinique d'allaitement.

Une des quatre cliniques n'a pas atteint la cible, soit le CSSS de la Vieille-Capitale (1 315 visites comparativement à la cible de 1 400 visites).

1.1 REG.3.C	Stages d'observation pour une journée : infirmières et résidents, selon le besoin
Résultats observés au 31 mars 2013	Les trois cliniques des CSSS accueillent annuellement des résidents, des infirmières ainsi que des sages-femmes pour un stage d'observation d'une journée. Le nombre total de stagiaires s'élève à 82.

Pour une première fois cette année, les trois cliniques en allaitement ont documenté le nombre de stagiaires.

Initiatives amis des bébés	
1.1 REG.8.A	Implanter certaines des Dix conditions pour le succès de l'allaitement de l'IAB, selon l'évolution de la démarche pour chacun des milieux.
Résultats observés au 31 mars 2013	Tous les établissements ont adopté une politique d'allaitement à l'exception du CSSS Québec-Nord. On note une progression de l'implantation des dix conditions au CHU de Québec, au CSSS de la Vieille-Capitale et à l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's. Les CSSS de Charlevoix et de Portneuf ont déjà atteint la cible. Le CSSS de Québec-Nord n'a pas progressé cette année pour ce volet de l'IAB.

Le CSSS de Québec-Nord indique que la pénurie de ressources humaines dans les équipes de 0 à 5 ans ne permet pas l'implantation de programmes dont l'IAB. L'Agence suggère la mise en place, en collaboration avec les gestionnaires des établissements, de mécanismes d'évaluation de la progression des activités plus serrées lors des réunions du Comité régional de suivi des indicateurs OLO, SIPPE et allaitement.

1.1 REG.8.B	Implanter certains des dix articles du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel de l'IAB, selon l'évolution de la démarche pour chacun des milieux
Résultats observés au 31 mars 2013	À l'exception du CSSS Québec-Nord, les CSSS Charlevoix, Portneuf et Vieille-Capitale ainsi que le Jeffery Hale – Saint Brigid's respectent les articles du Code. Le CHU de Québec respecte plusieurs des articles du Code. Le personnel du CHU progresse vers l'atteinte de cet objectif à l'exception de l'article du Code en lien avec l'achat requis des préparations commerciales pour nourrisson par l'établissement.

Le CHU de Québec a fait des avancées importantes quant au respect des articles du Code au cours des dernières années, bien que certains articles ne soient toujours pas respectés.

Le CSSS de Québec-Nord respecte la grande majorité des articles du Code sans toutefois avoir réalisé un état de situation pour son milieu.

Le CHU de Québec dit ne pas avoir les ressources financières nécessaires pour répondre à cette exigence. La diminution de l'utilisation des préparations commerciales pour nourrisson (PCN) chez les enfants allaités facilitera grandement l'atteinte éventuelle de cet objectif puisque le nombre de PCN requis sera moindre.

Le responsable du dossier assurera un suivi plus étroit avec les gestionnaires du CSSS de Québec-Nord visant l'atteinte des cibles cernées pour l'année en cours, notamment par le Comité régional de suivi des indicateurs OLO, SIPPE et allaitement.

1.1 REG.8.C	Colliger les données statistiques des taux d'allaitement
Résultats observés au 31 mars 2013	La saisie d'information est faite sur l'alimentation de l'enfant lors du premier contact en postnatal immédiat avec le CLSC. Les données ont été obtenues à partir de la banque de la RAMQ et non pas des redditions de comptes. Dans les CLSC de la région, le taux d'allaitement atteint 80 % dans les sept premiers jours de l'enfant. Le taux d'allaitement exclusif (les enfants ne recevant que du lait maternel) s'élève à 56 %.
	Le CHU de Québec collige à l'interne les taux d'allaitement total et exclusif tant à l'hôpital Saint-François-d'Assise qu'au Centre Mère-Enfant.

	Allaitement	Allaitement exclusif
HSFA	78,3 %	56,8 %
CHUL	83,6 %	54,4 %

Pour les CLSC, la banque de la RAMQ I-CLSC rend disponibles uniquement les données des sept premiers jours de l'enfant. Ceci explique l'écart entre le nombre réel de naissances sur les territoires et le nombre de saisies d'information disponible à la RAMQ puisqu'un pourcentage important d'enfants est inscrit au CLSC après leur septième jour de vie. Il est suggéré que les CSSS indiquent leur taux d'allaitement total et exclusif dans leur reddition de comptes lors des prochaines années et que le taux d'allaitement ne soit pas uniquement disponible par la banque I-CLSC de la RAMQ. Le Ministère, qui assure le suivi de la banque de la RAMQ I-CLSC, se penche actuellement sur une solution possible pour venir contrer cette problématique.

Le CHU de Québec rend disponibles uniquement ses taux d'allaitement une fois par année. Afin de faciliter le travail des personnes responsables de la mise en œuvre de l'IAB dans l'établissement, il serait souhaitable que ces taux d'allaitement soient disponibles à toutes les périodes de l'année. Il est suggéré d'inscrire cette exigence dans les attentes signifiées du CHU de Québec pour l'année 2014-2015.

1.1 REG.8.D	Lorsque pertinent, déposer une demande d'évaluation auprès du Ministère visant l'agrément IAB et maintenir cette certification une fois décernée
Résultat observé au 31 mars 2013	Trois établissements devaient déposer une demande de préévaluation auprès du Ministère au cours de l'année. Aucun n'a atteint cette cible.

Le CSSS de Portneuf a préparé tout son personnel, les documents et l'organisation des services afin qu'ils soient conformes aux exigences de l'IAB. Le dépôt de cette demande de préévaluation devrait avoir lieu au cours du mois de mai 2013. La préparation au dépôt de cette demande a été beaucoup plus exigeante que prévu initialement.

Le CSSS de la Vieille-Capitale désire se pencher sur la faisabilité d'une demande de préévaluation IAB pour la Maison de naissance. Ils n'ont pas priorisé ce volet de l'implantation de l'IAB pour l'année 2012-2013.

Le CSSS de Charlevoix a obtenu un sursis de deux ans de la part du Ministère pour faire une demande de réévaluation IAB (à tous les cinq ans) pour l'Hôpital de La Malbaie afin d'apporter des changements aux taux d'allaitement et ainsi être conforme aux exigences de l'IAB (75 % exclusivité à la sortie de l'hôpital). L'Agence entend soutenir le CSSS de Charlevoix afin

d'identifier les raisons pour lesquelles 26 % des femmes à la sortie de l'hôpital choisissent de ne pas allaiter.

École en santé	
1.1 REG.6.A (MSSS 1.1.13)	Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS) – 47 %
Résultats observés au 31 mars 2013	Dans la région de la Capitale-Nationale, 89 % des écoles ont implanté l'une ou l'autre des thématiques École en santé.

Étant donné les changements dans l'actualisation de l'approche École en santé dans la région, l'indicateur actuel correspond peu aux actions réalisées. Une déclinaison de l'accompagnement réalisé selon les thématiques École en santé devient plus riche en information et permet le suivi des actions en fonction des besoins des écoles. Ainsi, pour 2012-2013, on remarque de manière importante une augmentation des demandes d'accompagnement pour les thématiques Cours d'école et Prévention de la violence, directement reliées à l'obligation des écoles de réaliser un plan de lutte contre la violence. L'indicateur pour 2013-2014 sera donc modifié.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Autres attentes signifiées 2012-2013 (annexe des ententes de gestion : attentes régionales de santé publique)	
Habitudes de vie et maladies chroniques	
0.5.30 Combinaison prévention	
1.1 REG.10.A	Assurer un accompagnement en lien avec la thématique Aménagement et animation des cours d'écoles du primaire auprès d'au moins 36 écoles
Résultats observés au 31 mars 2013	Dans la région de la Capitale-Nationale, 17 écoles sur 36 ont été accompagnées pour cette thématique.

L'accompagnement des écoles pour cette thématique dépend des demandes formulées par les écoles elles-mêmes. Il existe une grande disparité entre les territoires de CSSS, explicable par la même raison.

Il a été convenu avec les gestionnaires 0-5-30 des CSSS, en début d'année 2012-2013, que, compte tenu du contexte où les CSSS offrent un accompagnement aux écoles qui en font la demande, l'indicateur allait être modifié pour 2013-2014.

1.1 REG.10.B	Assurer la poursuite de la promotion des déplacements actifs et sécuritaires auprès des écoles primaires ayant terminé le projet Mon École à pied, à vélo (19 écoles sur 32 écoles au total).
Résultats observés au 31 mars 2013	Dans la région de la Capitale-Nationale, huit écoles ont été accompagnées dans la poursuite du projet Mon école à pied, à vélo.

L'écart important entre le résultat et l'indicateur vient du fait que l'indicateur ne correspond plus aux activités réalisées en lien avec cette thématique. En effet, la structure du projet Mon école à pied, à vélo a changé et le besoin d'accompagnement des écoles dans la poursuite est maintenant assuré par la communauté.

Le rôle de l'agent de promotion 0-5-30 a été précisé en 2012-2013 en lien avec cette thématique, et l'indicateur a été modifié pour 2013-2014 afin de représenter davantage la réalité des actions des CSSS.

1.1 REG.10.C	Assurer un accompagnement en lien avec la mise en œuvre de la politique-cadre pour une saine alimentation auprès des écoles qui en feront la demande
Résultat observé au 31 mars 2013	L'objectif est atteint.

Les interventions des CSSS en lien avec cette thématique sont en fonction des demandes des écoles liées à l'offre de service des CSSS au regard d'École en santé. L'indicateur sera modifié pour 2013-2014 afin de représenter davantage les actions posées par les CSSS au regard de cette thématique.

1.1 REG.10.D	Transmettre les activités réalisées dans les écoles dans le cadre du projet Communautés locales en forme et en santé (CLEFS) en lien avec l'offre alimentaire
Résultat observé au 31 mars 2013	Aucun

Le projet CLEFS s'est terminé en 2012 et les retombées ont été intégrées dans l'offre de service du CSSS de la Vieille-Capitale. Cet indicateur a été retiré pour 2013-2014 puisque le projet est terminé.

1.1 REG.10.E	Collaborer à l'implantation du projet pilote régional Habitudes de vie et Développement durable dans les écoles secondaires
Résultats observés au 31 mars 2013	L'objectif est atteint. Les équipes 0-5-30 des CSSS collaborent au projet pilote de manière variable, selon le contexte des projets et les besoins des équipes de chacune des écoles.

L'intervention est adaptée aux besoins des écoles, ce qui correspond aux attentes définies dans le cadre du projet pilote. Le projet a lieu dans une école de chacune des commissions scolaires de la région.

1.1 REG.10.F	Transmettre à l'Agence la liste des écoles soutenues
Résultat observé au 31 mars 2013	L'objectif est atteint

Les quatre CSSS ont transmis la liste des écoles soutenues.

1.1 REG.10.G	Poursuivre le déploiement du 0.5.30 Combinaison Prévention dans l'arrondissement de Charlesbourg
Résultat observé au 31 mars 2013	L'objectif est atteint.

Il est à noter que d'autres arrondissements et municipalités ont été accompagnés dans le déploiement du 0-5-30 Combinaison Prévention (voir l'indicateur 1.1 reg.10.L). L'indicateur sera modifié en 2013-2014 afin de prendre en considération les activités réalisées dans l'ensemble des arrondissements et municipalités.

1.1 REG.10.H	Poursuivre le déploiement du 0.5.30 Combinaison Prévention et du projet Parcs et aires de jeux externes sans fumée de tabac dans la ville de L'Ancienne-Lorette
Résultat observé au 31 mars 2013	L'objectif est atteint.

Le CSSS de la Vieille-Capitale continue de soutenir la ville dans le déploiement des actions.

1.1 REG.10.I	Assurer un accompagnement en lien avec le projet Mon École à pied, à vélo et répondre aux demandes ad hoc en lien avec les thématiques suivantes : déplacements actifs et sécuritaires, aménagement et animation des aires de jeux et offre alimentaire saine.
Résultat observé au 31 mars 2013	L'objectif est atteint.

Étant donné qu'il demeure difficile d'obtenir des résultats précis en lien avec cet indicateur, celui-ci sera modifié pour 2013-2014.

1.1 REG.10.J	Assurer un accompagnement en lien avec les déplacements actifs et sécuritaires, l'aménagement et l'animation des aires de jeux ou à une offre alimentaire saine auprès des municipalités qui en font la demande
Résultats observés au 31 mars 2013	L'objectif est atteint. Au total, 39 arrondissements ou municipalités ont été accompagnés dans la région pour l'une ou l'autre des thématiques du 0-5-30 Combinaison Prévention.

Le grand nombre d'arrondissements ou de municipalités accompagnés témoigne d'un dynamisme important des équipes 0-5-30 pour ce secteur d'activité.

1.1 REG.10.K	Amorcer une démarche d'implantation du projet Parcs et aires de jeux externes sans fumée de tabac dans les municipalités
Résultat observé au 31 mars 2013	Aucun

Il a été convenu avec les gestionnaires 0-5-30 des CSSS en début d'année 2012-2013 que cet indicateur allait être retiré compte tenu du fait que l'accompagnement pour cette thématique se fait maintenant par l'entremise des politiques familiales municipales. L'indicateur a été retiré pour 2013-2014.

1.1 REG.10.L	Transmettre à l'Agence le nom des municipalités et les activités réalisées
Résultat observé au 31 mars 2013	L'objectif est atteint.

Les activités réalisées sont, entre autres, la sensibilisation auprès des familles et des moniteurs des terrains de jeux, le soutien à l'élaboration de politiques familiales, le soutien à la démarche Entreprise en santé et aux comités santé, la promotion de campagnes nationales et la remise d'outils promotionnels.

Notons que le CSSS de Portneuf se démarque par le grand nombre et la grande diversité des activités réalisées auprès des familles et des moniteurs.

1.1 REG.10.M	Assurer un accompagnement au CSSS pour le volet Employé (Norme Entreprise en santé, établissement promoteur de la santé ou autre initiative)
Résultat observé au 31 mars 2013	L'objectif est atteint.

Les quatre CSSS reçoivent du soutien des équipes 0-5-30 pour la promotion de la santé auprès des employés.

1.1 REG.10.N	Collaborer à la promotion du projet Pratiques cliniques préventives-Saines habitudes de vie (PCP-SHV) en CSSS
Résultats observés au 31 mars 2013	L'objectif est atteint. Au total, 371 intervenants ont été joints par le projet PCP-SHV en CSSS dans la région. De plus, plusieurs stratégies organisationnelles ont été mises en place dans les CSSS afin d'assurer la pérennité du projet, comme la modification des collectes de données, la mise en place de comité de suivi, la modification de trajectoires de référence ou de services et la mise en place d'un système d'autoformation accessible en continu.

Étant donné l'ampleur du projet des pratiques cliniques préventives, il a été convenu que pour 2013-2014, de nouveaux indicateurs allaient être ajoutés afin de relever des résultats précis sur l'état d'avancement du projet.

1.1 REG.10.O	Assurer les liens entre le CSSS et le délégué médical de prévention concernant les actions qui visent les médecins en cabinets privés et d'autres groupes de professionnels de la santé, et transmettre la liste des activités réalisées
Résultat observé au 31 mars 2013	L'objectif est atteint.

Les quatre CSSS ont collaboré avec le délégué médical en prévention dans le cadre du projet PCP-SHV.

1.1 REG.10.P	Transmettre à l'Agence les activités réalisées en CSSS
Résultats observés au 31 mars 2013	L'objectif est atteint. Une grande diversité d'activités a été réalisée comme des cours d'activité physique de groupe, la promotion de semaines thématiques, l'organisation d'activités de sensibilisation, l'accompagnement des comités santé, la diffusion d'information sur les saines habitudes de vie et le soutien aux équipes.

Un grand nombre d'activités réalisées dans les points de service des CSSS témoignent d'un dynamisme particulier ainsi que d'une grande diversité entre les CSSS.

1.1 REG.10.Q	Participer aux travaux de mobilisation régionale et locale
Résultat observé au 31 mars 2013	L'objectif est atteint.

L'ensemble des équipes 0-5-30 des CSSS de la région a participé au Forum sur les saines habitudes de vie tenu le 24 janvier 2013 afin d'actualiser la démarche de planification stratégique de Mobilisation régionale de partenaires en saines habitudes de vie. Ces équipes seront d'ailleurs parties prenantes de la suite des travaux en 2013-2014.

1.1 REG.10.R	Participer ou contribuer aux différentes mobilisations locales ou aux regroupements locaux en lien avec la promotion des saines habitudes de vie (CLEFS, regroupements locaux QEF, IPCDC, etc.).
Résultat observé au 31 mars 2013	L'objectif est atteint.

Un grand nombre et une grande diversité d'activités ont été relevés en lien avec la contribution aux regroupements locaux de partenaires. De plus, un très grand nombre de partenaires de la communauté ont été soutenus par les équipes 0-5-30 des CSSS, comme les centres de la petite enfance (CPE), les maisons de jeunes, les organismes communautaires, les clubs sportifs, etc. L'indicateur pour 2013-2014 sera modifié afin de permettre aux CSSS de témoigner des actions auprès de ces partenaires.

1.1 REG.10.S	Transmettre à l'Agence le rôle du CSSS (ex. : coordination, animation, partenaire, conseil) et les activités réalisées
Résultat observé au 31 mars 2013	L'objectif est atteint.

Il est à noter qu'un grand nombre d'activités a été relevé auprès de différentes mobilisations locales comme : le soutien à l'élaboration et à la mise en œuvre des plans d'action; l'accompagnement dans la planification stratégique; la participation à la recherche de financement; la participation à l'élaboration de projets novateurs; l'offre de formation aux partenaires; le soutien à des projets et à des activités ponctuels; la promotion des services du CSSS et des programmes existants; le soutien aux partenaires dans la modification des environnements; l'influence envers l'utilisation de meilleures pratiques et le soutien à des sous-comités thématiques.

De plus, un très grand nombre d'activités réalisées auprès de divers autres partenaires (CPE, maisons des jeunes et autres) de la communauté a été relevé. À titre d'exemple, on retrouve des activités de sensibilisation et de formation, l'évaluation de la condition physique, la promotion de concours et les semaines thématiques, le soutien à l'amélioration de l'offre alimentaire, des ateliers-causeries, la diffusion d'information et la promotion des services du CSSS.

L'indicateur sera donc modifié pour 2013-2014 afin de prendre en considération les activités réalisées auprès des partenaires de la communauté.

Cessation tabagique	
1.1 REG.9.A	Transmettre à l'Agence le nombre de fumeurs joints par les services de cessation tabagique et le nombre d'employés ayant reçu une formation en intervention brève
Résultat observé au 31 mars 2013	Total régional : 671 clients

Des activités ont été réalisées en lien avec la promotion des services du Centre d'abandon du tabagisme (CAT), la collaboration avec le projet Pratique clinique préventive en saines habitudes de vie (PCP-SHV) et la définition de trajectoires de référence.

Il faut souligner l'initiative du CSSS de la Vieille-Capitale d'orienter les services du CAT vers la communauté grâce à la mise en place de groupes ou cafés-rencontres directement dans les milieux communautaires.

Par ailleurs, l'interruption du service du CAT, en raison de l'absence d'intervenants des CSSS de Portneuf et du CSSS de la Vieille Capitale, a influencé le nombre de clients pouvant être joints. De plus, un financement insuffisant, voire inexistant (Services pour la population de langue anglaise Jeffery Hale – Saint-Brigids) contribue à freiner l'accès de certaines clientèles aux services de cessation tabagique dans la région.

Les CSSS notent de manière générale la diminution de l'intérêt de la population à participer à des groupes de cessation. Il est plus difficile d'année en année d'attirer la clientèle et le nombre de personnes inscrites continue de diminuer. Parallèlement, on note une augmentation des demandes pour la tenue de groupes de cessation directement dans les divers milieux (milieux communautaires et entreprises).

Programme québécois de dépistage du cancer du sein	
1.1 REG.4.A	Viser l'atteinte de la cible de 70 % ou du moins, maintenir le taux de participation des femmes au programme à 68,4 %
Résultat observé au 31 mars 2013	Non disponible

Au moment de produire la reddition de comptes, les données régionales n'étaient pas disponibles. Elles pourront être transmises dès qu'elles auront été analysées.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013	
Autres attentes signifiées 2012-2013 (Annexe des ententes de gestion : attentes régionales de Santé publique)	
Pauvreté, développement social et des communautés	
Analyse de milieu – Approche territoriale intégrée	
1.1 REG.11.A	Participer aux mécanismes et travaux touchant l'implantation de l'ATI dans les zones cernées
Résultats observés au 31 mars 2013	Les quatre CSSS participent aux mécanismes et travaux des ATI. L'Agence est présentement à la phase de la mise en action de divers plans d'action dans chacune des ATI.
Analyse de milieu – Portrait de la défavorisation	
1.1 REG.12.A	Mettre à jour les données sur la défavorisation et actualiser les portraits de défavorisation des territoires
Résultats observés au 31 mars 2013	Il n'y a pas eu de mise à jour des données de défavorisation ni d'actualisation des portraits de défavorisation.

Les données pour la mise à jour des portraits de défavorisation sont tributaires de la disponibilité et de la qualité des données de l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) 2011. Un problème de puissance statistique pour les découpages en ce qui concerne les communautés locales en raison du taux de réponse sera peut-être soulevé éventuellement.

1.1 REG.12.B	Diffuser les portraits de défavorisation des territoires
Résultats observés au 31 mars 2013	Les portraits de défavorisation produits à partir des données de 2006 continuent d'être diffusés par chacun des CSSS.
1.1 REG.12.C	Définir des indicateurs quantitatifs et qualitatifs du développement du potentiel des communautés et les expérimenter dans quelques territoires de communautés locales
Résultats observés au 31 mars 2013	L'identification et l'expérimentation des indicateurs quantitatifs et qualitatifs du développement des communautés ne sont pas amorcées.

L'expérimentation de la fiche du potentiel des communautés se fera dans une dizaine de communautés locales et devrait débuter à l'automne 2013. Il n'y aura pas de production de données sanitaires à des niveaux de communautés locales en raison de la non-disponibilité et au manque de justesse des résultats obtenus.

Formation en hygiène et salubrité en contexte d'aide alimentaire à l'intention des organismes communautaires et caritatifs	
1.1 REG.13.A	Avoir complété la formation d'ici mars 2013 par les gestionnaires des organismes communautaires et caritatifs faisant de l'aide alimentaire sur le territoire
Résultats observés au 31 mars 2013	Trois formations ont été offertes et ont permis de former trente gestionnaires d'organismes communautaires.
1.1 REG.13.B	Avoir assuré la formation auprès des manipulateurs d'aliments œuvrant dans les organismes communautaires et caritatifs du territoire qui en ont fait la demande
Résultat observé au 31 mars 2013	Aucune formation n'a été offerte auprès des manipulateurs d'aliments œuvrant dans les organismes communautaires et caritatifs.

Cette formation n'est pas obligatoire. Seule la formation auprès des gestionnaires l'est selon le Règlement sur les aliments. L'Agence mettra le contenu de la formation pour les manipulateurs dans le site Internet Vivre sans faim.com.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Autres attentes signifiées 2012-2013 (Annexe des ententes de gestion : attentes régionales de Santé publique)	
Maladies infectieuses	
Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)	
1.1 REG.5.A	1 141 Rendre compte des activités de dépistage des ITSS réalisées auprès des clientèles vulnérables jointes par les intervenants du SIDEP dans les lieux où sont situés les SIDEP
Résultat observé au 31 mars 2013	1 550 activités de dépistage

Les activités réalisées auprès des clientèles vulnérables jointes par les intervenants du SIDEP dans les lieux où sont situés les SIDEP visaient un objectif de 1 141 activités de dépistage. Le résultat de 1 550 activités de dépistage démontre l'atteinte de l'objectif avec un dépassement de 36 % de la cible cette année.

1.1 REG.5.B	Rendre compte des 1 158 activités de dépistage des ITSS réalisées auprès des clientèles vulnérables jointes par les intervenants du SIDEP hors des murs du SIDEP
Résultat observé au 31 mars 2013	1 170 activités de dépistage

La cible touchant l'intervention dans les milieux de vie de la clientèle hautement à risque d'ITSS, soit celle jointe par les intervenants hors des murs du SIDEP, a été atteinte avec un total de 1 170 dépistages réalisés. Le rapprochement des services vers les clientèles vulnérables hors site s'inscrit dans les orientations ministérielles et les priorités régionales. Ainsi, on constate que l'effort mis sur les activités du SIDEP en extra-muros a été encore maintenu cette année de manière à répondre à l'objectif.

Infections nosocomiales	
1.1 REG.14.A (MSSS 1.1.11)	Rendre compte du nombre en équivalent temps complet (ETC) d'infirmières en prévention et contrôle des infections en poste en lien avec le nombre de lits disponibles au 31 mars de l'année précédente
Résultats observés au 31 mars 2013	Cible de 100 % non atteinte : 40,2 ETC en poste sur 41,3 ETC attendus (soit 97,4 % d'atteinte)

La cible de 100 % n'est pas atteinte, mais le résultat est très près de la cible. En effet, il manque seulement l'équivalent de 1,1 ETC dans la région pour atteindre la cible visée.

La non-atteinte s'explique principalement par les raisons suivantes :

- pour certains établissements, le calcul du nombre d'ETC nécessaire en fonction du nombre de lits crée des fractions de dixièmes d'ETC (0,1 ou 0,2), ce qui est dans la pratique impossible à combler;
- pour d'autres établissements, il s'agit de postes non remplacés au 31 mars 2013, mais dont le processus de remplacement est en cours, ce qui démontre le haut taux de roulement du personnel en prévention des infections (plusieurs départs tout au long de l'année doivent être remplacés).

3.1.1 Portrait de santé

Le directeur régional de santé publique a le devoir de connaître et de surveiller l'état de santé de la population et de ses déterminants. Le rapport portant sur le Portrait de santé de la région de la Capitale-Nationale 2012 s'inscrit dans les travaux entourant la réalisation de ce mandat. Globalement, ce rapport met en évidence le fait que plusieurs progrès ont été réalisés au cours des dernières années et que la région de la Capitale-Nationale présente, dans plusieurs domaines, des résultats positifs sur le plan de la santé de sa population, occupant ainsi une place enviable, tant au Québec qu'au Canada. Ainsi, la population de la région de la Capitale-Nationale vit plus longtemps et en meilleure santé que la moyenne québécoise.

Autres faits marquants, le tabagisme est en baisse et l'on note un recul important de la mortalité par cancer du poumon chez les hommes et par cancer du sein chez les femmes. La mortalité causée par les maladies de l'appareil circulatoire a aussi diminué. La santé des mères et des tout-petits s'est améliorée, puisque l'on dénombre peu de bébés prématurés ou présentant un faible poids. Également, la majorité des personnes de la région se perçoit en bonne santé mentale ou se dit satisfaite de leur vie.

Malgré ces constats encourageants, des gains sont encore possibles. Il y a encore une personne sur cinq qui fume dans la Capitale-Nationale, et la consommation abusive d'alcool est plus fréquente dans la région. Autre fait à noter, la mortalité par cancer du poumon est en hausse chez les femmes. Les infections transmissibles sexuellement et par le sang sont en croissance, tout particulièrement l'infection génitale à Chlamydia Trachomatis. Par ailleurs, même s'il tend à diminuer, le taux de suicide dans la Capitale-Nationale est encore élevé. Enfin, il existe toujours des disparités de santé au sein de la région, selon les territoires locaux, comme l'a aussi démontré le rapport sur les inégalités sociales de santé publié récemment par la Direction régionale de santé publique.

3.1.2 Éclosion de légionellose à Québec

À l'été 2012, 182 personnes ont été associées à l'éclosion de légionellose dans la ville de Québec, dont 13 décès ont été constatés. La majorité des personnes touchées habitait les quartiers Saint-Roch et Saint-Sauveur dans la Basse-Ville de Québec. Les résultats de l'enquête ont montré que les tours de refroidissement à l'eau situées sur un édifice de la Basse-Ville de Québec étaient la source de l'éclosion. Le directeur régional de santé publique a rendu public son rapport d'enquête épidémiologique en décembre 2012. En plus de relater les événements, ce rapport contient des recommandations à mettre en œuvre pour éviter la répétition d'une telle éclosion. L'enquête publique de la coroner sur les causes et les circonstances des décès liées à l'éclosion de légionellose est en cours. Son rapport est attendu à l'automne 2013.

3.1.3 Vaccination contre l'influenza

Au cours de 2012-2013, on a observé une circulation précoce d'influenza A et tardive d'influenza B. Au total, 46 éclosions d'influenza ont été déclarées à la Direction régionale de santé publique (DRSP) entre les mois de novembre 2012 et avril 2013. Depuis 2003-2004, il s'agit de l'année où on a observé le plus d'éclosions en établissement. Un total de 146 161 personnes ont reçu le vaccin contre l'influenza saisonnière en 2012-2013. C'est donc 8 790 personnes qui ont été vaccinées en plus par rapport à 2011-2012. Cette année, un projet de démonstration de vaccination contre l'influenza en consultation externe a été conduit au CHUL du CHU de Québec en utilisant le nouveau vaccin vivant atténué intranasal Flumist. Ce vaccin a été offert aux enfants et adolescents de 2 à 17 ans malades chroniques, et à leurs contacts.

3.1.4 Service d'injection supervisée (SIS)

L'Agence a mandaté le CSSS de la Vieille-Capitale pour déposer un projet d'offre de SIS aux utilisateurs de drogues par injection (UDI) qui tienne compte des besoins régionaux dans le respect du jugement de la Cour suprême du Canada. Le groupe de travail formé de représentants de la Ville de Québec (policiers, service des loisirs, des sports et de la vie communautaire), des organismes communautaires, de la DRSP, du CRDQ et du CSSS de la Vieille-Capitale a amorcé ses travaux en octobre 2012. Ces derniers se poursuivent dans la prochaine année et tiennent compte du document sur Les balises quant à l'ajout de services d'injection supervisée dans les établissements de santé et de services sociaux et les organismes communautaires desservant des personnes qui font usage de drogues par injection, publié en janvier 2013, par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

3.1.5 Habitudes de vie et maladies chroniques

3.1.5.1 Programme québécois de dépistage du cancer du sein

En 2012-2013, l'objectif de l'entente de gestion pour la région était d'atteindre la cible de 70 % ou du moins de maintenir le taux de participation atteint au 31 décembre 2011, soit 68,5 % (l'atteinte des résultats dans la région et par CSSS sera commentée lorsque les données de taux de participation au 31 décembre 2012 seront disponibles).

Au total, 6 182 femmes ont été jointes lors d'activités de sensibilisation et de mobilisation communautaires effectuées dans tous les territoires de CSSS; la plupart de ces femmes étant de milieux défavorisés et difficiles à joindre. Plusieurs employés et intervenants de CSSS ont aussi été sensibilisés lors de salons, de réunions d'équipes des services courants et du matériel promotionnel leur a été distribué. Des activités de sensibilisation ont été réalisées à l'occasion des cliniques de vaccination et dans des milieux de travail. Une stratégie de promotion du dépistage du cancer du sein par les technologues des centrales de prélèvement du territoire de Québec-Nord a notamment été mise en place au cours de la dernière année.

3.1.6 Résultats d'importance

Le 30 octobre 2012, le site Internet régional www.depistagesein complètement révisé, a été mis en ligne. Il offre aux femmes de la région une information plus complète et accessible sur le dépistage, la mammographie et l'investigation de la femme dans le cadre du Programme de dépistage du cancer du sein (PQDCS). Une vidéo réalisée en temps réel qui explique le déroulement complet de la mammographie fait partie des nouveautés offertes sur le site.

Dans le cadre des activités d'assurance-qualité du PQDCS, une visite du Centre de référence pour investigation désigné (CRID) a été réalisée. Un rapport synthèse fait état de la démarche entreprise auprès du CRID, des outils utilisés et des recommandations qui en découlent.

À la suite de la publication des nouvelles recommandations du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSS) sur le dépistage du cancer du sein, le Groupe de soutien aux cliniciens (médecins, infirmières, etc.) a mis à jour une publication concernant le dépistage chez les femmes de 70 ans et plus. Enfin, dans le contexte de l'intervention de soutien auprès des infirmières GMF-CRQ, deux formations de groupe sur le dépistage du cancer du sein et sur les problématiques mammaires leur ont été offertes.

3.1.7 Recommandation de la Commission de la santé et des services sociaux

Les données sur le nombre d'éclosions et leur durée sont colligées actuellement par chacun des établissements; ces données ne sont pas disponibles pour cette année.

L'année prochaine, une démarche avec les établissements sera proposée afin de documenter les éclosions.

3.1.8 Plan d'action stratégique pour la mise en œuvre du Plan d'action régional (PAR) et des plans d'action locaux (PAL) de santé publique

Le Plan d'action stratégique vise à améliorer la mise en œuvre du PAR et des PAL de santé publique dans la région en mettant de l'avant des actions stratégiques jugées essentielles afin de relever les défis et les conditions favorables du PAR. La plupart des plans d'action ont été mis de l'avant. Pour 2012-2013, certaines avancées seront mises sur pied.

Pour relever le défi de la réduction des inégalités sociales de santé, et mobiliser et sensibiliser les partenaires, un rapport du directeur de santé publique portant sur les inégalités sociales de santé dans la région a été produit. Une section complète décrit ce résultat.

De plus, des efforts particuliers ont été faits pour relever le défi de l'amélioration de l'arrimage entre les paliers régional et local pour la mise en œuvre du PAR et des plans d'action locaux de santé publique, et ce, pour ce qui est de trois des quatre axes d'interventions retenus.

Le premier axe fait référence au soutien nécessaire à l'exercice du Rôle clé du responsable local de santé publique (RLSP) et au développement des compétences associées à ce rôle. Au cours de la dernière année, une étude a permis de cerner les besoins de soutien des RLSP spécifiquement dans l'exercice de leur leadership; un plan sera élaboré afin d'ajuster les actions de soutien au rôle clé du RLSP. Enfin, le déploiement du projet de développement des compétences s'est amorcé et se poursuivra jusqu'en 2015.

Le second concerne l'Appropriation des données de surveillance. C'est dans cette optique que l'Espace informationnel en surveillance de l'état de santé a été déployé en février 2013. Le site Internet www.eisscapitalenationale.gouv.qc.ca permet d'accéder rapidement aux données et aux productions de la Direction régionale de santé publique concernant la surveillance de l'état de santé et du bien-être de la population de la Capitale-Nationale et des facteurs qui l'influence. Ces informations visent à mieux connaître l'évolution de la situation régionale et à guider les actions en prévention, promotion, protection, évaluation et planification des services visant l'atteinte de la santé pour tous.

Le troisième axe, Suivi des finalités, des cibles et des activités du PAR et des PAL, fait référence à la préoccupation d'amélioration continue des programmes et de leurs résultats auprès de la clientèle visée. Ainsi, un cadre de référence intégrateur permet de développer une démarche opérationnelle. Concrètement, cette démarche détermine, pour un programme ou une intervention de santé publique, les indicateurs essentiels qui vont permettre de suivre le processus et les résultats de ce programme et d'en faire le suivi périodiquement. La démarche est amorcée et, à terme, l'ensemble des programmes du PAR de santé publique 2009-2015 est visé.

Enfin, en ce qui concerne le défi lié à l'intégration des pratiques cliniques préventives (PCP), un rapport a été produit à la suite de l'expérimentation d'une approche d'accompagnement de type facilitation avec deux milieux cliniques GMF-CRQ. L'intervention a été réalisée avec la collaboration de médecins, d'infirmières des milieux cliniques ainsi que de gestionnaires des deux CSSS concernés. Les résultats révèlent que cette approche est très prometteuse pour réaliser l'intégration souhaitée des PCP et en garantir la pérennité. Les conditions de succès, les partages des rôles et responsabilités entre les différents acteurs ainsi que les conséquences pour l'action ont été dégagés. Finalement, les différentes actions menées pour l'intégration des PCP en CSSS sur les saines habitudes de vie sont traitées dans la section abordant les résultats des ententes de gestion.

3.1.9 Contamination atmosphérique dans l'arrondissement La Cité-

Le 26 octobre 2012, un nuage de poussière rouge a été observé dans le quartier La Cité-Limoilou. Depuis, la Direction régionale de santé publique (DRSP) reçoit des plaintes de la part des citoyens de ce quartier. Afin de répondre à leurs préoccupations, la DRSP a rédigé, en avril 2013, un avis de santé publique qui résume les effets du nickel sur la santé ainsi que les données environnementales disponibles concernant le nickel dans l'air. De plus, cet avis présente l'évaluation du risque à la santé précisément lié à la population de La Cité-Limoilou en lien avec le nickel. Les recommandations du directeur régional de santé publique pour réduire les risques y sont également présentées. La DRSP a créé un Comité intersectoriel (local, régional et pro-

vincial) sur la contamination environnementale et la qualité de l'air dans La Cité-Limoilou. Les travaux de ce comité visent la réduction à la source des émissions de contaminants dans l'air ambiant ainsi que la mise en place d'un programme de suivi de la qualité de l'air.

3.1.10 Étude d'agrégat de cancer à Shannon

Le Directeur de santé publique enquête présentement sur 19 cas de cancers du cerveau survenus chez des personnes ayant résidé à Shannon et à Courcelette. Plusieurs experts internationaux sont sollicités pour soutenir le directeur dans cette enquête. La mobilité des résidents de ce territoire, en raison de leur travail et de leur contexte de vie, est la plus importante au Québec. Cette réalité pose un défi scientifique particulier pour déterminer la présence d'un excès réel de cancers du cerveau ou non.

3.2 Services généraux

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Priorités régionales de la Capitale-Nationale	
Sujets	**Résultats 2012-2013**
Une passerelle vers l'avenir Implanter, au plus tard le 30 juin 2012, les orientations ministérielles. Une passerelle vers un avenir en santé concernant l'évaluation du bien-être et de l'état de santé physique des réfugiés dans les CSSS désignés	Action réalisée en totalité

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Plan stratégique ministériel Axe d'intervention	Services psychosociaux		
Objectifs de résultats	2.1.4 Offrir en tout temps un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, intervention, référence-orientation, avis professionnels et conseils) par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures par jour, 7 jours par semaine		
Indicateurs	**Résultats 2011-2012**	**Engagements 2012-2013**	**Résultats 2012-2013**
1.02.04 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	Aucun engagement	Aucun engagement	Sans objet
1.02.05 Pourcentage des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux	Aucun engagement	Évaluer la meilleure modalité de services pour la région en considérant les orientations ministérielles qui seront déposées en 2012-2013	Sans objet

Explications détaillées relatives au tableau précédent

1.02.05 Pourcentage des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux

Le service actuel d'écoute des établissements de la région est le service d'accueil, d'évaluation, d'orientation et de référence (AÉOR). Ce service s'adresse à tout type de clientèle, mais il n'est pas offert en mode 24/7. Il consiste à établir un premier contact avec l'usager et à faire une première évaluation de ses besoins pour qu'il soit orienté vers les services du CSSS ou vers les ressources du milieu.

Il existe déjà une trajectoire entre les services réguliers des CSSS et les organismes communautaires, notamment en ce qui concerne les situations de crise. Des recommandations sont également adressées à des organismes communautaires dans le cadre d'ententes spécifiques ou de clauses spécifiques d'un protocole global entre les CSSS et les organismes communautaires (PECH, CCQ, CPS et TEL-AIDE) pour des services particuliers (personne suicidaire, hébergement communautaire, etc.).

3.3 Soutien à l'autonomie des personnes âgées

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Priorités régionales de la Capitale-Nationale			
Indicateurs	**Résultats 2011-2012**	**Engagements 2012-2013**	**Résultats 2012-2013**
Fin de soins actifs 4.01.01 Nombre moyen de patients en processus ou en attente d'évaluation ou d'orientation vers la longue durée ou vers les lits posthospitaliers et occupant des lits de courte durée	5,54	3	6,69
4.01.02 Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée	2,39	3	1,23
4.01.03 Nombre moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de courte durée	1,27	3	1,47
4.01.04 Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée	2,48	3	2,83
4.01.05 Nombre moyen de patients en attente de CHSLD occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	9,23	3	8,56
4.01.06 Nombre moyen de patients en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale	0,08	3	0,15

Indicateurs	Résultats 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats 2012-2013
4.01.07 Nombre moyen de patients en attente d'hébergement de longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée	0,16	3	0,06
Taux de déclaration 4.01.08 Taux de déclaration en hébergement à partir des CHSGS des personnes de 75 ans et plus	4,03	5	4,80

Sujets	Résultats 2012-2013
Perte d'autonomie liée au vieillissement Libérer au moins 10 % des places en centre d'hébergement de soins de longue durée occupées par des personnes de moins de 65 ans, conformément au plan déposé à cet égard et accepté par la Direction générale des services sociaux	Action réalisée en partie

Explications détaillées relatives au tableau précédent

4.01.01 Nombre moyen de patients en processus ou en attente d'évaluation ou d'orientation vers la longue durée ou vers les lits posthospitaliers et occupant des lits de courte durée

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La région de la Capitale-Nationale a connu une moyenne quotidienne de 6,69 patients en attente d'évaluation ou d'orientation vers la longue durée ou vers les lits posthospitaliers, soit un dépassement de 3,69 par rapport à l'engagement de 3. Aucun établissement n'a atteint son engagement à l'exception du CSSS de Charlevoix.

Dans l'état actuel, il est difficile pour le réseau de la Capitale-Nationale d'atteindre la cible du fait de l'absence d'intégration administrative entre les centres hospitaliers et les CSSS. Cette situation impose un défi de continuité et exige davantage d'arrimage ainsi que des trajectoires parfois complexes à élaborer. Bien que plusieurs moyens en partenariat CH-CSSS soient mis de l'avant pour prendre en charge rapidement cette clientèle, il y a encore des mesures d'amélioration à apporter.

La présence de travailleurs sociaux du réseau (TSR) et d'un comité mixte CH-CSSS permet de maintenir la concertation et le partage des responsabilités. L'ouverture d'une centaine de places en ressources intermédiaires, qui permettra d'améliorer l'accès à la clientèle présentant une lourde perte d'autonomie, aura des impacts positifs sur l'accès plus rapide aux lits. Enfin, la révision du mécanisme d'accès régional à hébergement permettra de trouver des pistes de solution ou des mesures structurantes facilitant l'accès aux places en CHSLD.

4.01.02 Nombre moyen de patients en attente de services de soins palliatifs occupant des lits de courte durée

Au terme de la période 13, la région de la Capitale-Nationale a connu une moyenne quotidienne de 1,23 patient en attente de services de soins palliatifs et occupant des lits de courte durée, soit 1,77 de moins que l'engagement. Tous les établissements ont respecté l'engagement, à l'exception de l'IUCPQ, mais avec un faible écart.

4.01.03 Nombre moyen de patients en attente de convalescence occupant des lits de courte durée

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La région de la Capitale-Nationale a connu une moyenne quotidienne de 1,47 patient en attente de convalescence et occupant des lits de courte durée, soit 1,53 de moins que l'engagement. Tous les établissements ont respecté leur objectif.

4.01.04 Nombre moyen de patients en attente de réadaptation occupant des lits de courte durée

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent que la région a connu une moyenne quotidienne de 2,83 patients en attente de réadaptation et occupant des lits de courte durée, soit 0,17 de moins que l'engagement. Le CHA n'a pas été en mesure de respecter l'engagement.

4.01.05 Nombre moyen de patients en attente de CHSLD occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale

Au terme de la période 13, les patients en attente de CHSLD étaient de 8,56 en moyenne quotidiennement, un dépassement de 5,56 par rapport à l'engagement de 3. Seul le CSSS de Charlevoix a été en mesure de respecter l'objectif.

Les mêmes facteurs explicatifs que ceux évoqués à l'indicateur 4.01.01 prévalent pour le nombre moyen de patients en attente de CHSLD occupant des lits de courte durée.

4.01.06 Nombre moyen de patients en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée, excluant la santé mentale

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La région de la Capitale-Nationale a connu une moyenne quotidienne de 0,15 patient en attente de ressources non institutionnelles (RNI) et occupant des lits de courte durée, soit 2,85 de moins que l'engagement. Tous les établissements atteignent leur objectif.

4.01.07 Nombre moyen de patients en attente d'hébergement de longue durée en santé mentale occupant des lits de courte durée

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La région de la Capitale-Nationale a connu une moyenne quotidienne de 0,06 patient en attente d'hébergement de longue durée en santé mentale et occupant des lits de courte durée, soit 2,94 de moins que l'engagement. Tous les établissements atteignent leur engagement.

4.01.08 Taux de déclaration en hébergement à partir des CHSGS des personnes de 75 ans et plus

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale est de 4,80 % des personnes de 75 ans et plus hospitalisées à l'urgence pour

lesquelles une demande d'hébergement a été faite, soit 0,20 de moins que l'engagement maximal fixé à 5 %. Le CSSS de Charlevoix et le CHUQ n'atteignent pas l'objectif, mais en sont très près.

3.3.1 Perte d'autonomie liée au vieillissement

L'engagement sera atteint en 2013-2014 puisque 33 places additionnelles ont été créées en déficience physique dans la communauté et rendues disponibles en juillet 2013. De plus, de 2009 à 2013, le nombre de lits occupés par les personnes de 65 ans et moins en CHSLD est passé de 298 à 248.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Plan stratégique ministériel Axe d'intervention	Réseaux de services intégrés		
Objectifs de résultats	2.3.1 Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du Ministère		
Indicateurs	**Résultats 2011-2012**	**Engagements 2012-2013**	**Résultats 2012-2013**
1.03.06 Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	58	72,5	62,2

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. Le degré moyen d'implantation des réseaux de services intégrés à la personne âgée (RSIPA) dans les réseaux locaux est de 62,2 %, soit 10,3 points de pourcentage de moins que l'engagement fixé à 72,5 %.

Les CSSS de la région ont connu une augmentation de leur pourcentage d'implantation des réseaux de services intégrés par rapport à 2011-2012. Les travaux régionaux sur l'approche en gestion de cas se sont poursuivis durant toute l'année et leur actualisation dans le réseau s'effectuera en cours d'année. Des travaux ont également été menés sur les plans d'intervention. L'année 2013-2014 devrait permettre d'augmenter significativement le degré d'implantation des composantes du RSIPA dans l'ensemble des CSSS.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Planification stratégique régionale – plan d'action 2012-2013	
Services de première ligne	
Sujets	**Résultats 2012-2013**
Milieu de vie substitut	
R-2.3.1 Augmenter ou adapter l'offre d'hébergement provenant des milieux de vie substituts	Atteint

Sujets	Résultats 2012-2013
Projet clinique PALV	
R-2.4.3 Déployer le programme d'admission PECA dans chacun des établissements (fonction admissibilité à l'hébergement)	Non atteint

Explications détaillées relatives au tableau précédent

R-2.4.3 Déployer le programme d'admission PECA dans chacun des établissements (fonction admissibilité à l'hébergement)

Les travaux se sont déroulés comme prévu avec la participation de chacun des établissements visés. Toutefois, ils devront se poursuivre en 2013-2014. Le nouveau modèle a été présenté aux instances au printemps 2013 pour une application probable de celles-ci à l'automne 2013.

3.3.2 Bilan général de PECA

En vertu de son mandat, le responsable du mécanisme d'accès à l'hébergement pour les personnes âgées a procédé à l'analyse des demandes d'hébergement et à la répartition des admissions dans les 4 028 places d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les 358 places de résidences intermédiaires (RI) et de type familial (RTF) de la région 03.

Données	2012-2013	2011-2012	2010-2011
Admissions permanentes en CHSLD	1 337	1 258	1 108
Admissions transitoires en CHSLD	609	607	587
Nombre de demandes reçues pendant l'année	1 939	1 807	2 162
Nombre de demandes évaluées ou réévaluées	3 573	3 437	3 359
Nombre de dossiers fermés pendant l'année	2 310	2 258	2 128
Décès de la personne (durant le processus)	538	631	650
Retrait de la demande	71	108	75
Refus du placement	23	20	10
Demandes non admissibles	83	89	88
Retour à domicile	3	2	4
Admissions des autres sous-régions	13	11	16
Admissions dans un centre privé	1	2	0
Fermeture - Autres motifs	254	156	177

Le CSSS de Charlevoix a procédé à 105 admissions pendant l'année 2012-2013. Au 31 mars 2013, quatre personnes étaient en attente d'hébergement pour des ressources non institutionnelles (RNI). Le territoire du CSSS de Charlevoix a reçu 118 nouvelles demandes durant l'année 2012-2013. La provenance des nouvelles demandes se répartissait selon les données présentées au tableau 62.

Provenance des demandes	Charlevoix
CHSGS	65
Domicile ou résidences privées	34
Autres (RNI, Centre d'hébergement, extérieur)	19

Finalement, phénomène récent, 20 places en CHSLD étaient disponibles sur le territoire de Charlevoix en raison d'une liste d'attente inexistante.

Le territoire du CSSS de Portneuf a procédé à 111 admissions pendant l'année. Leur provenance se répartissait selon les données présentées au tableau 63.

Provenance des admissions	Portneuf
CHSGS	50
Domicile ou résidences privées et CHR de Portneuf	57
Autres régions et transferts intrarégionaux	4

Au 31 mars 2013, 101 personnes étaient sur une liste d'attente.

Nombre	Localisation
13	Hospitalisées
25	Domicile avec les services de leur CLSC
30	Résidences privées pour personnes âgées
33	Autres (CHSLD, autres régions, etc.)

Les territoires des CSSS de Québec-Nord et de la Vieille-Capitale ont procédé à 1 618 admissions. Ces admissions se répartissent selon les données présentées au tableau 65.

Provenance des admissions	Québec
CHSGS	905
Domicile ou des résidences privées	304
Autres : les dossiers provenant des établissements, soit RI-RTF, transferts inter-CHSLD, CRDIQ, IUSMQ, IRDPQ, UTRF, URFI et les demandes provenant des autres régions du Québec ou de l'extérieur du Québec	409

Les 1 438 demandes, toujours en attente, provenant des territoires de Québec-Nord et de la Vieille-Capitale, peuvent être regroupées selon les données présentées au tableau 66.

Nombre	Localisation
69	Hospitalisées
296	Domicile avec services du CLSC
610	Résidence privée pour personnes âgées
463	Autres : les dossiers provenant des établissements, soit RI-RTF, transferts inter-CHSLD, CRDIQ, IUSMQ, IRDPQ, UTRF, URFI et les demandes provenant des autres régions du Québec ou de l'extérieur du Québec

3.3.3 Ressources non institutionnelles

La Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant a été adoptée en 2009. Cette loi permet aux ressources visées d'appartenir à une association de ressources pour, entre autres, négocier et conclure une entente collective qui vient définir la rétribution des-

dites ressources auxquelles les établissements du réseau de la santé et des services sociaux confient des usagers.

Au cours de l'année 2012-2013, la majorité des associations de ressources a signé des ententes collectives avec le ministre de la Santé et des Services sociaux à l'exception du Regroupement des ressources résidentielles adultes du Québec (RESSAQ-CSD). L'année 2012-2013 a donc été une année d'appropriation pour l'application de nouvelles composantes de la rétribution en vigueur. De plus, les établissements ciblés par l'Agence pour recourir aux services de ressources non institutionnelles doivent signer des ententes spécifiques avec chaque ressource. Cette démarche de signature est en cours et se poursuivra durant la prochaine année.

3.3.4 Certification des résidences privées pour aînés

L'objectif premier de la certification des résidences privées pour aînés est de faire en sorte que les services qui leur sont offerts soient sécuritaires et de qualité. La certification favorise la protection des résidents et assure que les conditions liées aux exigences du Règlement sur les conditions d'obtention d'un certificat de conformité et les normes d'exploitation d'une résidence privée pour aînés sont mises en place et sont respectées par le propriétaire ou le responsable d'une résidence.

Le 30 novembre 2011, le gouvernement sanctionnait le projet de loi n° 16 visant à resserrer le processus de certification des résidences privées pour aînés. Deux catégories de résidences privées pour aînés sont alors définies : celles qui accueillent des résidents autonomes et celles qui accueillent des résidents semi-autonomes. Le nouveau règlement est adopté le 13 mars 2013. Ce dernier contient les mêmes exigences que le précédent, mais aussi de nouvelles exigences qui portent sur les compétences et l'encadrement des employés et la fonction de surveillance et de réponse aux situations d'urgence.

Quelques chiffres

Pour l'année 2012-2013, on dénombre 166 résidences privées pour aînés inscrites au Registre des résidences privées pour aînés. Ces résidences ont obtenu un premier certificat de conformité qui venait à échéance en grande partie en 2011.

En 2012-2013, le processus de renouvellement des certificats de conformité atteint son plus haut niveau. En début 2013, une dizaine de résidences sont toujours en processus de renouvellement. Un suivi des non-conformités est effectué par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et, dans certains cas, des démarches précises avec les centres de santé et de services sociaux ou avec le service de sécurité incendie ont lieu.

Entre mars 2012 et début 2013, les inspections ministérielles débutent. Plus d'une trentaine de résidences privées pour aînés de la région de la Capitale-Nationale feront l'objet d'une visite ministérielle pour s'assurer du maintien de la conformité des exigences du Règlement alors en vigueur. Ces visites révèlent que la grande majorité des exploitants visités respecte les exigences du Règlement.

3.4 Déficience intellectuelle et physique, et troubles envahissants du développement

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Plan stratégique ministériel Axe d'intervention	Services sociaux et de réadaptation		
Objectifs de résultats	3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : • 3 jours pour les personnes dont la demande est de priorité urgente • 30 jours en CSSS et 90 jours en CR pour les personnes dont la demande est priorité élevée • 1 an pour les personnes dont la demande est de priorité modérée		
Indicateurs	**Résultats 2011-2012**	**Engagements 2012-2013**	**Résultats 2012-2013**
1.45.45.02 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI, selon les délais définis comme les standards du Plan d'accès — Toutes déficiences — Tous âges — Priorité urgente	55	90	53,1
1.45.45.03 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI, selon les délais définis par les standards du Plan d'accès — Toutes déficiences — Tous âges — Priorité élevée	79,8	90	81,0
1.45.45.04 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI, selon les délais définis par les standards du Plan d'accès — Toutes déficiences — Tous âges — Priorité modérée	98,9	90	94,5

1.45.45.02 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI, selon les délais définis par les standards du Plan d'accès — Toutes déficiences — Tous âges — Priorité urgente

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale est à 53,1 % des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI, selon les délais définis par les standards du Plan d'accès aux services pour les priorités urgentes, ce qui représente 36,9 points de pourcentage de moins que l'engagement de 90 %. Aucun établissement n'a atteint l'objectif.

Les situations urgentes sont extrêmement rares et souvent mal codifiées lors de la demande de service, tant pour les CSSS que pour les CRDI, ce qui nuit aux résultats. Le degré d'urgence est mal interprété par les intervenants en ce qui a trait aux délais (urgent versus élevé). On retrouve donc un nombre anormalement élevé de cas de niveau de priorité Urgent qui, en réalité, n'étaient pas urgents et ces cas n'étaient pas répondus comme tel. La codification des niveaux de priorité est un enjeu constant pour les établissements.

Pour les centres de réadaptation, les données sont cumulatives depuis novembre 2010, ce qui nuit nécessairement aux résultats. Il est impossible de corriger les erreurs dans le système d'information aussi longtemps que les compteurs ne seront pas remis à zéro.

L'Agence a fait un suivi auprès des gestionnaires d'accès afin qu'ils puissent intervenir à l'égard du personnel responsable de l'accueil.

1.45.45.03 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI, selon les délais définis par les standards du Plan d'accès — Toutes déficiences — Tous âges — Priorité élevée

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint 81 % des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI, selon les délais définis par les standards du Plan d'accès aux services pour les priorités élevées, ce qui représente neuf points de pourcentage de moins que l'engagement de 90 %. Seul le CSSS de Charlevoix a atteint l'engagement.

Pour l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec, l'augmentation des demandes de services pour la clientèle ayant une déficience du langage et de la parole (DLP) ainsi que le dépistage précoce des moins de 6 ans ayant un DLP ont un impact sur le taux de l'établissement. Plusieurs mesures ont été prises par l'établissement pour accroître l'accessibilité (récurrence des heures offertes en DLP, programme clinique précis pour cette clientèle, etc.). Malgré cet accroissement, l'établissement a augmenté la desserte et maintenu le taux de respect global près de la cible attendue.

Du côté du Centre de réadaptation en déficience intellectuelle de Québec (CRDIQ), l'augmentation rapide des demandes de services orientées vers le programme clientèle troubles envahissants du développement (TED) a influencé sa performance. Environ le tiers des demandes TED touchent des adolescents avec des problématiques importantes qui exigent une grande intensité de services. Pour répondre à cet accroissement, deux postes d'éducateurs spécialisés ont été déplacés vers ce programme (budget non récurrent) et deux autres postes ont été ouverts pour l'an prochain. De plus, des efforts seront faits à l'accueil, à l'évaluation et à l'orientation (AEO) afin de diminuer les délais de traitement des demandes de services de priorité élevée.

Quant au CSSS de la Vielle-Capitale, les demandes de services pour la clientèle ayant une déficience intellectuelle et un trouble envahissant du développement (DI-TED) sont en hausse. L'ajout du nouveau poste en TED, la gestion de la prise en charge de dossiers et la mise en place d'une équipe (premier évaluateur) directement rattachée au guichet d'accès pour ainsi assurer un délai minimum de réponse aux besoins urgents et élevés devraient faire en sorte que les objectifs 2013-2014 soient atteints.

Enfin, pour le CSSS de Québec-Nord et le CSSS de Portneuf l'enjeu de la codification est apparu important. Un délai a été observé entre l'assignation du dossier, le premier service et la saisie des données. Un rappel a été fait aux gestionnaires d'accès. Spécifiquement pour le CSSS de Québec-Nord, l'ajout d'un budget récent permettant la mise en place d'une équipe (premier évaluateur) devrait favoriser l'atteinte des objectifs en 2013-2014.

1.45.45.04 Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI, selon les délais définis par les standards du Plan d'accès — Toutes déficiences — Tous âges — Priorité modérée

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint 94,5 % des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI,

selon les délais définis par les standards du Plan d'accès aux services pour les priorités modérées, ce qui représente 4,5 points de pourcentage de plus que l'engagement de 90 %.

Le CSSS de Portneuf, le CSSS de la Vieille-Capitale, le CSSS de Québec-Nord sont très près de l'engagement, à l'exception du CRDI. Comme mentionné à l'indicateur 1.45.45.03, le CDRIQ a connu une augmentation du volume des demandes pour la clientèle TED qui a nuit également au taux de demandes de services de priorité modérée.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Planification stratégique régionale – Plan d'action 2012-2013	
Services de première ligne	
Sujets	**Résultats 2012-2013**
Trajectoires de services DP et DI-TED	
R-2.6.1 Revoir les rôles et responsabilités des partenaires ainsi que les trajectoires de services (DI-TED)	Non atteint
R-2.6.3 Revoir les rôles, responsabilités et trajectoires de services en DP (AVC, déficience visuelle et auditive)	Non atteint

Explications détaillées relatives au tableau précédent

R-2.6.1 Revoir les rôles et responsabilités des partenaires ainsi que les trajectoires de services (DI-TED)

Les rôles, responsabilités et trajectoires de services font l'objet de travaux dont la première phase se réalise à travers le projet de mise sur pied d'un guichet d'accès réseau en DI-TED. Les travaux ont débuté en décembre 2012 et se poursuivront en 2013-2014. Bien que ces travaux aient fait l'objet d'une priorisation, ils font partie d'un ensemble de chantiers qui interpelle les CSSS. Par conséquent, une autre année sera nécessaire pour les mener à terme.

R-2.6.3 Revoir les rôles, responsabilités et trajectoires de services en DP (AVC, déficience visuelle et auditive)

Grâce aux travaux de la Table des gestionnaires d'accès et des Consortiums de traumatologie, plusieurs trajectoires ont été clarifiées entre les établissements de première et deuxième ligne, par exemple pour les traumatismes crânio-cérébraux (TCC), les blessés médullaires et pour l'accès aux services de soutien à domicile à la fin de la réadaptation. La définition des rôles et responsabilités est plus difficile en raison de la multitude de trajectoires en déficience physique (accident vasculaire cérébral, sclérose latérale amyotrophique, déficience auditive, déficience visuelle, déficience du langage, etc.) impliquant souvent des partenaires différents. Les travaux se poursuivent entre les instances concernées qui démontrent une très belle collaboration. Les travaux et les ajouts financiers se poursuivent dans le cadre des budgets de développement en DI-TED-DP.

Soutien à l'autonomie des personnes âgées; déficience intellectuelle, déficience physique et troubles envahissants du développement : soutien à domicile.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Mesures d'optimisation		
Sujet	**Actions régionales**	**État d'avancement au 31 mars 2013**
Clientèle soutien à domicile (PALV, DP, DI et TED)	Produire un bilan de la mise en œuvre du plan d'action d'optimisation en soutien à domicile pour 2012-2013, selon le gabarit fourni par le Ministère	Action différée

Le bilan sera produit en octobre 2013.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Plan stratégique ministériel Axe d'intervention	Services de soutien à domicile		
Objectifs de résultats	2.4.2 Assurer une offre globale de services de soutien à domicile de longue durée pour que l'Agence s'adapte à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants		
Indicateurs	**Résultats 2011-2012**	**Engagements 2012-2013**	**Résultats 2012-2013**
1.03.05.01 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes d'offre de services (CSSS — mission CLSC)	851 621 (852 687)	844 599	846 969 (848 309)

La valeur inscrite entre parenthèses est ajustée par l'Agence à partir de la banque de données régionales I-CSLC, en date du 6 mai 2013. L'Agence comptabilise les heures de services de soutien à domicile pour l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's, établissement offrant des services de première ligne à la communauté anglophone de la ville de Québec.

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale est de 848 309 heures de services de SAD de longue durée, ce qui représente un dépassement de 3 710 heures par rapport à l'engagement fixé à 844 599. Toutefois, une diminution de 4 378 heures est observée par rapport à 2011-2012, où 852 687 heures de services ont été rendues par les différents modes d'offre de services.

Un volume d'activité n'a pas été saisi dans la banque I-CLSC pour le CSSS de Portneuf et le CSSS de Québec-Nord, représentant 133 289 heures pour des services d'aide à domicile achetés aux résidences privées ou aux entreprises d'économie sociale.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Planification stratégique régionale – Plan d'action 2012-2013	
Services de première ligne	
Sujets	**Résultats 2012-2013**
Offre de service de soutien à domicile	
R-2.2.1 Réaliser un projet d'optimisation de l'organisation du travail en SAD dans chacun des CSSS	Atteint

3.5 Jeunes en difficulté

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Priorités régionales de la Capitale-Nationale	
Sujets	**Résultats 2012-2013**
Jeunes et leur famille Effectuer une reddition de comptes des mesures mises en œuvre dans le cadre de la Stratégie d'action jeunesse 2009-2014 au Ministère, au plus tard le 30 avril 2013	Action différée

Les grilles de reddition de comptes ont été transmises aux partenaires concernés. La date limite du dépôt au Ministère est le 17 mai 2013.

3.6 Dépendances

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Plan stratégique ministériel Axe d'intervention	Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance		
	2.2.7 Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique		
Indicateurs	**Résultats 2011-2012**	**Engagements 2012-2013**	**Résultats 2012-2013**
1.07.05 Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	Aucun engagement	341	843

Au terme de la période 13, la performance régionale est à 843 jeunes et adultes ayant reçu des services de première ligne en toxicomanie et en jeu pathologique offerts par les CSSS. Tous les établissements atteignent l'engagement, à l'exception du CSSS de Charlevoix.

L'engagement pour le CSSS de Charlevoix a été jugé trop élevé puisqu'il comprenait les services offerts en cessation tabagique. Avec la présence d'une seule intervenante pour couvrir

l'ensemble des besoins des jeunes et des adultes en dépendance, tous les secteurs d'activités confondus, l'engagement n'était pas réaliste pour une population d'environ 30 000 habitants.

Par ailleurs, bien que les autres établissements atteignent leur engagement, des questionnements demeurent quant à l'application du cadre normatif en dépendance. Il semble que la saisie des statistiques dans ce programme ne soit pas harmonisée entre les CSSS de la région. Des travaux sont en cours avec le Ministère afin de clarifier les enjeux entourant l'application du cadre normatif en dépendance et de trouver des pistes de solution.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Planification stratégique régionale – Plan d'action 2012-2013	
Services de première ligne	
Sujets	**Résultats 2012-2013**
Orientations en dépendance	
R-2.8.1 Revoir les rôles et responsabilités ainsi que la trajectoire de services de première ligne : repérage, détection, intervention précoce, référence toxicomanie et jeu pathologique	Non atteint

Les travaux du sous-comité première ligne en dépendance ont permis de réaliser des avancées importantes en vue du déploiement de l'offre de service en CSSS notamment par la définition des rôles et des responsabilités ainsi que par la trajectoire. Cependant, des efforts supplémentaires doivent être consentis en 2013-2014 afin de consolider cette offre de service. Les travaux du sous-comité première ligne en dépendance seront poursuivis. Le volet Jeunesse de la gamme de services étant peu développé pour les quatre CSSS, l'emphase sera mise dans ce secteur.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Plan stratégique ministériel Axe d'intervention	Services sociaux et de réadaptation		
Objectifs de résultats	3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : • 3 jours pour les personnes dont la demande est de priorité urgente • 30 jours en CSSS et 90 jours en CR pour les personnes dont la demande est priorité élevée • 1 an pour les personnes dont la demande est de priorité modérée		
	3.1.2 Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins		
Indicateurs	**Résultats 2011-2012**	**Engagements 2012-2013**	**Résultats 2012-2013**
1.07.04 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	59,1	60	78,7

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale est à 78,7 % des personnes évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins, soit 18,7 points de pourcentage de plus que l'engagement. Il s'agit d'une amélioration de 19,6 de plus par rapport aux résultats 2011-2012 où ce taux atteignait 59,1 %. Seul le CRDQ contribue à cette activité.

3.7 Santé mentale

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Priorités régionales de la Capitale-Nationale	
Sujets	**Résultats 2012-2013**
Accès aux services de santé mentale Élaborer et soumettre, pour mars 2013, un plan d'affaires pour l'accès aux services de santé mentale et commencer la consolidation des services	Action réalisée en totalité

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Plan stratégique ministériel Axe d'intervention	Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance		
	2.2.5 Assurer aux personnes qui le requièrent des services de santé mentale de première ligne par une équipe multidisciplinaire		
	2.2.6 Assurer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les adultes ayant des troubles mentaux graves		
Indicateurs	**Résultats 2011-2012**	**Engagements 2012-2013**	**Résultats 2012-2013**
1.08.05 Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	634 (895)	1 160	596 (919)
1.08.06 Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	78 (88)	155	114
1.08.09 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de première ligne en CSSS (mission CLSC)	4 165	6 637	5 003 (5 044)

Remarque importante sur les données utilisées pour la reddition de comptes :

La valeur inscrite entre parenthèses a été ajustée par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Les indicateurs 1.08.05 et 1.08.09 ont été ajustés à partir de la banque de données régionale I-CSLC, en date du 6 mai 2013, pour inclure les services offerts par l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's (établissement offrant des services de première ligne à la communauté anglophone de la ville de Québec).

De plus, pour l'indicateur 1.08.05, les places offertes en services de soutien variable dans la communauté par les organismes communautaires ont également été incluses au résultat. Pour l'indicateur 1.08.06, l'Agence inclut dans les données transmises au Ministère les services d'une deuxième équipe de suivi intensif qui a été mise en place par l'IUSMQ. Elle diffère toutefois d'une équipe Programme de traitement et de suivi intensif en équipe dans la communauté (PACT) et répond à un modèle de traitement intensif bref à domicile (TIBD) allant jusqu'à six semaines.

Explications détaillées relatives au tableau précédent

1.08.05 Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services

Au terme de la période 13, 599 usagers ont été desservis par période dans les CSSS pour du soutien d'intensité variable (SIV), soit un nombre inférieur de 300 usagers par rapport à l'engagement fixé à 899 si on exclut les organismes communautaires. Tous les CSSS présentent un écart défavorable par rapport à leur engagement (en plus faible proportion pour les territoires de Portneuf et de Charlevoix). Toutefois, en ajoutant les 320 places (usagers par période) offertes par les organismes communautaires, la région de la Capitale-Nationale a joint 919 usagers par période, un résultat qui s'approche de l'engagement 2012-2013 de 1 160 (y compris les organismes communautaires).

Du côté du CSSS de Charlevoix, l'absence de liste d'attente (compensée par l'offre de service de l'Éveil charlevoisien) explique la non-atteinte. Pour le CSSS de Portneuf, l'intensité de services requise par certaines personnes et la réorganisation des services visant à mieux répartir les ressources sur l'ensemble du territoire expliquent en partie l'écart. Une allocation financière a été accordée afin d'ajuster les services en fonction de ces réalités.

Quant à l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's, le service est encore en implantation. La particularité de la clientèle anglophone, dispersée sur le territoire, ainsi que la disponibilité de la ressource à seulement deux jours par semaine, rendent difficile l'atteinte de l'engagement.

Pour les CSSS de la Vieille-Capitale et de Québec Nord, la démarche entreprise avec le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) visant à réviser la pratique en SIV n'est pas terminée. En plus des clientèles visées par ce programme, les équipes suivent encore des personnes nécessitant une plus grande intensité de services (SI) ou, à l'opposé, conservent à long terme des clientèles nécessitant une intensité moindre (soutien léger). Dans un cas comme dans l'autre, ces deux scénarios influencent négativement la performance pour le programme SIV. Rappelons également que 290 des 320 places desservies par les organismes communautaires sont sur les territoires de la Vieille-Capitale et de Québec-Nord.

Le CNESM poursuit le suivi des équipes SIV de la région et ce suivi s'étendra aux organismes communautaires en 2013-2014. Des travaux ont également été amorcés afin de clarifier la hiérarchisation des services entre la première et la deuxième ligne (SI et SIV).

1.08.06 Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale est de 114 usagers desservis en moyenne par période pour des services de soutien intensif dans la communauté (SIM), soit 41 de moins que l'engagement de 155. Il s'agit toutefois d'une amélioration de 26 usagers par rapport au résultat de 2011-2012, où 88 usagers ont été desservis. L'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) est le seul établissement qui donne ces services.

Le roulement de personnel au sein des deux équipes du Programme de traitement et de suivi intensif en équipe dans la communauté (PACT) demeure important et l'absence (pour congé de maternité) des deux psychiatres désignées aux équipes a contribué aux difficultés vécues. La progression des équipes s'est accentuée au cours des dernières périodes et peut laisser entrevoir un ajustement qui permettrait d'atteindre le ratio ministériel (80 places par équipe PACT) au cours de l'année 2013-2014.

L'Agence a réitéré ses attentes à l'IUSMQ quant aux cibles à atteindre et aux besoins régionaux. Des travaux amorcés en 2012-2013 sur la hiérarchisation des services entre la deuxième et la première ligne devraient aussi contribuer à clarifier la trajectoire de référence et de prise en charge en soutien intensif. Enfin, le Centre national d'excellence en santé mentale (CNESM) poursuit sa démarche de suivi avec l'IUSMQ afin de lui permettre de répondre aux critères et à la pratique attendue des équipes PACT.

1.08.09 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de première ligne en CSSS (mission CLSC)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale est de 5 044 usagers desservis par une équipe multidisciplinaire de services de santé mentale de première ligne en CSSS, soit 1 593 usagers de moins que l'engagement fixé à 6 637. Il s'agit toutefois d'une amélioration de 879 usagers par rapport à 2011-2012 où 4 165 usagers ont été desservis. Tous les établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur engagement, à l'exception du CSSS de Charlevoix.

L'application des modifications méthodologiques à la fiche indicateur (2011-2012) ne traduit pas la nature réelle de l'ensemble des services rendus par les CSSS. Plusieurs services ne peuvent actuellement pas être comptabilisés même si les personnes reçoivent des services de santé mentale de première ligne en CSSS (notamment par les rencontres de groupe, les services psychologiques, etc.).

Des représentations ont été faites auprès du Ministère afin que soient clarifiées la nature de cet indicateur et les mesures qui permettraient de traduire plus fidèlement l'ensemble des activités effectuées. Des démarches ont également été entreprises auprès des CSSS de la région pour dresser le portrait régional des services et déterminer les zones de services qui pourraient être consolidées.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Planification stratégique régionale – Plan d'action 2012-2013	
Services de première ligne	
Sujets	**Résultats 2012-2013**
Service de première ligne en santé mentale	
R-2.7.3 Expérimenter l'offre de service, développée par l'IUSMQ et le CRUV, pour les personnes ayant un trouble lié aux substances concomitantes à un trouble mental grave	Non atteint
R-2.7.4 Développer un modèle d'offre de service pour les personnes ayant un trouble sévère de comportement et en définir les modalités d'opération	Non atteint

Explications détaillées relatives au tableau précédent

R-2.7.3 Expérimenter l'offre de service, développée par l'IUSMQ et le CRUV, pour les personnes ayant un trouble lié aux substances concomitantes à un trouble mental grave

Les démarches de financement afin de permettre l'expérimentation définie dans le projet déposé par l'IUSMQ et le CRDQ n'ont pas porté fruit. Il est demandé à l'IUSMQ, en partenariat avec les CSSS et le CRDQ, de déposer, en 2013-2014, une offre de service adaptée.

R-2.7.4 Développer un modèle d'offre de service pour les personnes ayant un trouble sévère de comportement et en définir les modalités d'opération

Le modèle théorique et la mise à jour de l'évaluation des personnes ont été déposés en janvier et juin 2012. Un nouveau mandat a été confié au comité afin d'effectuer une opérationnalisation du modèle. Ce comité a repris ces travaux en novembre 2012.

Le rapport du comité de travail sera déposé au printemps 2013, ce qui devrait permettre aux acteurs régionaux de convenir des actions à prendre et, le cas échéant, de les mettre en œuvre en 2013-2014.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Planification stratégique régionale – Plan d'action 2012-2013	
Accès aux services spécialisés et appui à la première ligne	
Sujets	**Résultats 2012-2013**
Mécanismes d'appui des services spécialisés en santé mentale	
R-3.1.4 Mettre en place la fonction de professionnel répondant œuvrant dans les équipes de première ligne de santé mentale en CSSS en soutien aux partenaires communautaires	Non atteint

Sujets	Résultats 2012-2013
R-3.1.5 Explorer la possibilité d'offrir la fonction de professionnel répondant (non médical) œuvrant en deuxième ligne en soutien aux partenaires de la première ligne	Non atteint
R-3.1.7 Assurer le suivi de la ressource de transition (désengorgement) permettant d'orienter les personnes ayant un problème de santé mentale en attente d'un transfert vers une autre ressource ou d'un retour dans la communauté	Atteint

Explications détaillées relatives au tableau précédent

R-3.1.4 Mettre en place la fonction de professionnel répondant œuvrant dans les équipes de première ligne de santé mentale en CSSS en soutien aux partenaires communautaires

Seul le CSSS de Québec-Nord a une entente formalisée avec le Centre résidentiel communautaire Le Pavillon. Il s'apprête à faire de même avec d'autres organismes de son territoire. Tous les autres CSSS n'ont pas formalisé la fonction de professionnel répondant. L'engagement a été reconduit en 2013-2014 et le sujet devrait être traité au comité « services de première ligne en santé mentale en CSSS ».

R-3.1.5 Explorer la possibilité d'offrir la fonction de professionnel répondant (non médical) œuvrant en deuxième ligne en soutien aux partenaires de la première ligne

La fusion du CHUQ et du CHA, les travaux d'organisation des services de l'IUSMQ et le mouvement occasionné par l'engorgement des urgences ont causé un retard dans l'actualisation de la mise en place des psychiatres répondants, une étape préalable aux travaux visant à évaluer un élargissement du soutien à apporter à la première ligne par les autres intervenants de la deuxième ligne.

3.8 Santé physique

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Accessibilité aux services		
Sujet	**Actions régionales**	**État d'avancement au 31 mars 2013**
Accès aux services spécialisés de chirurgie	Révision des processus au bloc opératoire (projet « Lean ») Recherche d'occasions pour les zones franches	Action réalisée en majorité
Accès aux services d'imagerie	Évaluation de la faisabilité d'une centrale de rendez-vous par établissement en imagerie médicale Mise en œuvre de l'accès à l'IRM en tout temps au CHA	Action réalisée en totalité
Accès au continuum de services AVC	Participer à la désignation des centres tertiaires et à la mise en place des corridors de services	Action réalisée en totalité
Accès au continuum de services pour la douleur chronique	Soutien à l'organisation de services et participation à la définition et à la mise en place des corridors de services	Action en attente des orientations ministérielles
Configuration des services médicaux	Application du PREM en spécialités 2012-2015	Action réalisée en totalité
Laboratoires	Poursuite de la hiérarchisation des laboratoires	Voir l'indicateur régional R-3.4.1

Sujet	**Actions régionales**	**État d'avancement au 31 mars 2013**
Traumatologie	Soutien à l'évolution du processus d'optimisation Participation à l'implantation des orientations qui en découlent	Action réalisée en majorité
Service Info-Santé 811	Engagement à préciser en fonction des normes ministérielles visées quant à la performance de la main-d'œuvre (taux de roulement, pourcentage d'heures supplémentaires et MOI). Cadre de référence provincial à venir en juin 2012	Voir les indicateurs sur la main-d'œuvre indépendante
Infarctus du myocarde avec élévation ST	Déploiement en totalité du protocole infarctus aigu du myocarde avec élévation ST (IAMEST)	Voir l'indicateur régional R-3.7.1

3.8.1 Services spécialisés de chirurgie

Plusieurs établissements ont complété des démarches « Lean » pour les blocs opératoires et mettent progressivement en œuvre les recommandations qui en découlent. La création du CHU de Québec entraînera possiblement le ralentissement de certains projets, le temps que la structure organisationnelle se mette en place.

L'Agence est à la recherche d'occasions pour la mise en place d'une deuxième offre pour les patients en attente de chirurgie ou bien de zones franches entre établissements. L'Agence évalue également la faisabilité d'une zone franche entre le CHU et le CSSS de Charlevoix ainsi que la possibilité d'une deuxième offre avec un établissement de la région 12. Les discussions et les démarches sont en cours dans les deux cas.

3.8.2 Continuum de services pour la douleur chronique

Le 26 avril 2012, l'Agence a déposé un projet de démonstration pour la consolidation de la première ligne en douleur chronique pour l'ensemble des régions du RUIS-UL. L'Agence est toujours en attente des orientations du Ministère concernant ce projet. Présentement, il n'y a aucune autre cible à atteindre pour l'avancement de ce dossier.

Le Centre d'expertise en gestion de la douleur chronique (CEGDC), associé au réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université Laval, composé d'un consortium de trois établissements, le CHU de Québec, l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec et le Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins, est en place depuis février 2010. Le 14 mars 2013, le Ministère a recommandé le maintien du statut du CEGDC du RUIS-UL.

3.8.3 Traumatologie

Le continuum de traumatologie est bien en place et les comités local et régional réalisent leur plan d'action annuellement.

Le Ministère a revu le statut primaire en traumatologie de l'urgence de l'Hôpital de Baie-St-Paul et le maintient pour une période donnée. En fait, ce sous-territoire bénéficiera d'un projet pilote concernant la mise en application de nouvelles normes d'évaluation en traumatologie.

Un comité clinique régional multipartite (CSSS de Charlevoix, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, INESSS, Ministère) a été mis en place et coordonnera les travaux pour la mise en application de ces nouvelles normes d'évaluation en 2013. La première rencontre se tiendra en juin prochain.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Priorités régionales de la Capitale-Nationale			
Indicateurs	**Résultats 2011-2012**	**Engagements 2012-2013**	**Résultats 2012-2013**
Attente en chirurgie depuis plus d'un an 1.09.32.01 Nombre de demandes en attente d'une chirurgie depuis plus d'un an — Arthroplastie totale de la hanche	2	0	16
1.09.32.02 Nombre de demandes en attente depuis plus d'un an — Arthroplastie totale du genou	9	0	39

Indicateurs	Résultats 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats 2012-2013
1.09.32.03 Nombre de demandes en attente d'une chirurgie depuis plus d'un an — Chirurgie de la cataracte	0	0	1
1.09.32.04 Nombre de demandes en attente d'une chirurgie depuis plus d'un an — Chirurgie d'un jour (à l'exception de la chirurgie de la cataracte)	212	0	668
1.09.32.05 Nombre de demandes en attente d'une chirurgie depuis plus d'un an — Chirurgie avec hospitalisation (à l'exception de la chirurgie de la cataracte et des arthroplasties de la hanche et du genou)	116	0	139

Sujets	Résultats 2012-2013
Programme québécois de dépistage du cancer colorectal (PQDCCR) Implantation de la phase 1 du PQDCCR pour les centres hospitaliers universitaires et affiliés de Québec, conformément aux attentes signifiées par le Ministère au moment de la désignation comme site de démonstration conjoint	Action réalisée en totalité
Accès aux services spécialisés Mise en œuvre du plan d'action pour l'accès aux services spécialisés permettant de cibler : les problématiques et domaines que la région souhaite traiter; les projets pour permettre d'améliorer la situation; les grandes étapes requises à la réalisation; les échéanciers et les partenaires engagés	Action réalisée en totalité

Explications détaillées relatives au tableau précédent

1.09.32.01 Nombre de demandes en attente d'une chirurgie depuis plus d'un an — Arthroplastie totale de la hanche

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale est de 16 demandes en attente de chirurgies depuis plus d'un an, pour un engagement fixé à 0. Il s'agit de 14 demandes de chirurgies en attente de plus qu'en 2011-2012. Le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) et le Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA) n'atteignent pas leur engagement.

Pour le CHUQ, une augmentation de la demande a été observée. Cette augmentation pourrait être attribuable au portrait plus réaliste de la liste d'attente que celle des années antérieures. L'optimisation du guichet de planification chirurgicale permettra de régulariser les cas en attente et de tenir compte des délais dans la priorisation.

Pour le CHA, deux demandes dépassaient le délai et les deux chirurgies ont été programmées dès la première semaine d'avril 2013.

1.09.32.02 Nombre de demandes en attente depuis plus d'un an — Arthroplastie totale du genou

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. Le résultat régional est de 39 patients en attente de chirurgies depuis plus d'un an, alors que l'engagement est fixé à 0. Il s'agit de 30 demandes en attente de chirurgies de plus qu'en 2011-2012. Le CHUQ et le CHA n'atteignent pas leur engagement.

Pour le CHUQ, on note une augmentation des demandes par rapport aux années antérieures. L'optimisation du guichet de planification opératoire en place à l'Hôpital Saint-François d'Assise (HSFA) devrait apporter une amélioration notable du traitement des demandes en attente et tenir compte de l'ancienneté de la demande ainsi que de la priorité clinique.

Pour ce qui est du CHA, la chirurgie pour les deux cas en attente a été programmée pour la première semaine d'avril 2013.

1.09.32.03 Nombre de demandes en attente d'une chirurgie depuis plus d'un an — Chirurgie de la cataracte

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent que l'engagement est quasi atteint. La performance régionale est d'un patient en attente de chirurgie de la cataracte depuis plus d'un an, pour un engagement fixé à 0. Seul le CHUQ n'atteint pas l'objectif.

L'établissement concerné, le CHUQ, confirme qu'il n'y a aucun patient en attente depuis plus d'un an pour une chirurgie de la cataracte, il s'agirait plutôt d'une erreur du Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS). Une correction a été faite dans le système.

1.09.32.04 Nombre de demandes en attente d'une chirurgie depuis plus d'un an — Chirurgie d'un jour (à l'exception de la chirurgie de la cataracte)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La région compte 668 demandes en attente d'une chirurgie d'un jour depuis plus d'un an, pour un engagement fixé à 0. Il s'agit d'une hausse de 456 demandes par rapport à 2011-2012. Seul l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ) atteint son engagement.

Pour le CSSS de Charlevoix, les mêmes facteurs que ceux invoqués à l'indicateur 1.09.20.04 pour les demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais prévalents.

Du côté du CHUQ, le nombre de demandes en attente serait consécutif au dépôt massif de requêtes opératoires à l'automne 2011. Plusieurs nouveaux orthopédistes contribuent à l'augmentation des demandes en attente, car les plages opératoires et les plateaux techniques disponibles ne permettent pas de répondre à la demande accrue.

Pour ce qui est du CHA, une situation particulière explique en partie le nombre en attente, soit le transfert de la clientèle d'un chirurgien décédé à un médecin ayant déjà une bonne charge de travail. Par ailleurs, des cas nécessitant une surspécialité ne peuvent être opérés que par un seul chirurgien, et ce dernier est dans l'incapacité de répondre à la demande. L'arrivée d'un autre chirurgien, qui viendra opérer ces cas, devrait diminuer progressivement la liste d'attente au cours de la prochaine année.

L'Agence poursuit des démarches auprès d'une autre région pour augmenter son offre de service en chirurgie d'un jour.

1.09.32.05 Nombre de demandes en attente d'une chirurgie depuis plus d'un an — Chirurgie avec hospitalisation (à l'exception de la chirurgie de la cataracte et des arthroplasties de la hanche et du genou)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La situation régionale est de 139 personnes en attente d'une chirurgie avec hospitalisation depuis plus d'un an, pour un engagement fixé à 0. Il s'agit d'une augmentation de 23 demandes par rapport à 2011-2012. Seul le CSSS de Charlevoix atteint son engagement.

Le CHUQ rapporte que la difficulté d'accès aux lits d'hospitalisation est la raison majeure de sa mauvaise performance : congestion à l'urgence; lits occupés par de la clientèle en fin de soins actifs; gestion complexe des lits en raison de plusieurs éclosions de bactéries multirésistantes. L'optimisation du guichet de planification chirurgicale et le projet de lits de convalescence, en partenariat avec le CSSS de la Vieille-Capitale, permettront de libérer les lits pour les chirurgies plus rapidement.

Pour le CHA, la même explication et la même solution que pour le nombre de cas en attente pour une chirurgie d'un jour s'appliquent ici.

Enfin, l'IUCPQ rapporte qu'un patient s'est placé lui-même en non-disponibilité pour subir sa chirurgie. L'établissement entend réviser la procédure concernant les patients qui se disent non disponibles et appliquer les règles découlant du cadre de référence des mécanismes d'accès à cet égard.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Plan stratégique ministériel Axe d'intervention	Services médicaux et infirmiers		
Objectifs de résultats	2.1.2 Favoriser la pratique de groupes, polyvalente et interdisciplinaire, de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) (ou modèles équivalents)		
	2.1.3 Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne		
Indicateurs	**Résultats 2011-2012**	**Engagements 2012-2013**	**Résultats 2012-2013**
1.09.25 Nombre total de Groupes de médecine de famille (GMF) implantés	28	30	29
3.07 Nombre d'infirmières spécialisées (IPS) en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne	8	12	11

Explications détaillées relatives au tableau précédent

1.09.25 Nombre total de Groupes de médecine de famille (GMF) implantés

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La région de la Capitale-Nationale compte 29 groupes de médecine de famille (GMF) implantés, pour un écart défavorable de 1 seulement.

Un sous-comité du Département régional de médecine générale (DRMG) a été créé le 8 février 2013 pour soutenir le développement d'une organisation de services médicaux répondant aux besoins de la population de la Basse-Ville — Limoilou. Ce sous-comité collabore également à la définition des conditions de pratique médicale permettant d'assurer le recrutement ainsi que la rétention de médecins dans le contexte d'une pratique médicale centrée sur la collaboration interprofessionnelle. Dans le cadre de ces activités, le sous-comité a analysé un nouveau projet GMF. L'estimation de la clientèle a été réalisée par le Ministère.

Les travaux du sous-comité du DRMG se poursuivent et le chargé de projet travaille avec l'Agence et le CSSS de la Vieille-Capitale pour élaborer un nouveau modèle d'organisation de services de première ligne et consolider les modèles déjà existants.

3.07 Nombre d'infirmières spécialisées (IPS) en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne (SPL)

Au terme de la période 13, la région dénombre 11 infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne, soit 1 infirmière de moins que l'engagement. Le processus de sélection du CSSS de la Vieille-Capitale n'a pas été concluant. Toutefois, un second processus a permis de procéder à la dotation du poste de la cinquième IPS-SPL, au début de la période 2013-2014.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Plan stratégique ministériel Axe d'intervention	Médecine et chirurgie		
Objectifs de résultats	3.1.3 Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de six mois		
	3.1.4 Assurer aux personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire les services dans les délais établis		
	3.1.5 Assurer aux personnes atteintes de cancer les services à l'intérieur d'un délai de 28 jours		
Indicateurs	**Résultats 2011-2012**	**Engagements 2012-2013**	**Résultats 2012-2013**
Cardiologie tertiaire 1.09.08A Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie — Catégorie A	81,6	86,8	88,0
1.09.08B Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie — Catégorie B	63,4	74,4	86,9

Indicateurs	Résultats 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats 2012-2013
1.09.09A Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque — Catégorie A	89,9	90	85,6
1.09.09B Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque — Catégorie B	78,6	90	68,2
1.09.10A Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie — Catégorie A	63,6	65	62,7
1.09.10B Pourcentage des demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie — Catégorie B	24,0	30	37,1
Traitement du cancer 1.09.07 Proportion de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie	95,7	90	97,6
1.09.33 Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier)	65,1	90	53,2
Chirurgie 1.09.20.01 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	63,9	90	52,4
1.09.20.02 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	61	90	49,1
1.09.20.03 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	94,6	90	95,1
1.09.20.04 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	92,1	90	90,9

Indicateurs	Résultats 2011-2012	Engagements 2012-2013	Résultats 2012-2013
1.09.20.05 Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	93,9	90	95,4

Explications détaillées relatives au tableau précédent

1.9.8 Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie – Catégorie A

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint 88 % des demandes réalisées dans les délais prescrits, soit 1,2 point de pourcentage de plus que l'engagement. Il s'agit d'une amélioration de 6,4 points de pourcentage par rapport au résultat obtenu en 2011-2012, où ce taux atteignait 81,6 %.

1.9.8 Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie – Catégorie B

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint 86,9 % des demandes réalisées dans les délais prescrits, soit 12,5 points de pourcentage de plus que l'engagement. Il s'agit d'une amélioration de 23,5 points de pourcentage par rapport au résultat obtenu en 2011-2012, où ce taux atteignait 63,4 %. Le CHUQ et l'IUCPQ atteignent leur engagement.

1.9.9 Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque – Catégorie A

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint 85,6 % des demandes réalisées dans les délais prescrits, soit 4,4 points de pourcentage de moins que l'engagement. Il s'agit d'une détérioration de 4,3 points de pourcentage par rapport au résultat obtenu en 2011-2012, où ce taux atteignait 89,9 %. Un seul établissement contribue à cette activité, soit l'IUCPQ.

Au printemps 2012, considérant l'évolution défavorable de la liste d'attente en chirurgie cardiaque de catégories A et B (305 usagers), en particulier en raison des demandes en attente hors délai, l'Agence a entrepris des démarches auprès de l'IUCPQ pour déterminer les causes associées à cette détérioration des résultats. À la suite des rencontres tenues, il a été établi que les causes tenaient principalement à l'augmentation du nombre de demandes de services, à la réalisation de chirurgies complexes (comme l'implantation de valves aortiques percutanées) et à l'accroissement majeur de chirurgies cardiaques combinées (pontage aorte coronarien avec valve).

Ainsi, dès juin 2012, une série de mesures ont pu être relevées et mises en place par l'IUCPQ, notamment l'actualisation d'un plan de contingence, l'ouverture d'une cinquième salle, qui a permis d'augmenter le nombre de chirurgies sous circulation extra-corporelle (passant de 38 à 44 chirurgies par semaine), de même que la réalisation de chirurgies pendant la fin de semaine, au cours de la période estivale. En vue du prochain exercice, l'IUCPQ a déposé à l'Agence un plan visant à augmenter la production chirurgicale par l'ajout d'une salle de chirurgie cardiaque pendant cinq semaines consécutives; cette mesure étant applicable à l'été 2013. Cette proposition a été acceptée par l'Agence le 15 mars 2013 et permettra de réaliser 26 chirurgies car-

diaques additionnelles, selon les prévisions déposées par l'établissement. Une reddition de comptes en fin d'exercice financier sera réalisée. Bien entendu, la mise en place de telles mesures induit une forte pression sur la disponibilité des lits et, conséquemment, aura des impacts sur le plan des ressources humaines, matérielles et financières.

1.9.9 Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en chirurgie cardiaque – Catégorie B

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent une non-atteinte de l'engagement. En effet, la performance régionale a atteint 68,2 % des demandes réalisées dans les délais prescrits, soit 21,8 points de pourcentage de moins que l'engagement de 90 %. La situation s'est détériorée de 10,4 par rapport à 2011-2012, où ce taux atteignait 78,6 %. Il est à noter que l'analyse des résultats périodiques obtenus depuis la période 8 montre une nette amélioration de la performance de l'IUCPQ (> 80 %), seul établissement contribuant à cette activité.

Les explications rapportées à l'indicateur 1.9.9 de la catégorie A valent également pour l'indicateur 1.9.9 de la catégorie B.

1.9.10 Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie – Catégorie A

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint 62,7 % des demandes réalisées dans les délais prescrits, soit 2,3 points de pourcentage de moins que l'engagement. Ce résultat est à peu près similaire à celui de l'an dernier (63,6 %). Il faut noter une amélioration générale du pourcentage de demandes de catégorie A réalisées dans les délais depuis la période 10, 11 et 12, avec respectivement 81 %, 80 % et 77 %. En ce qui a trait à la production, le volume de demandes réalisées est demeuré identique à celui de l'an dernier, soit 2 300 demandes réalisées contre 2 296 en 2011-2012. Un seul établissement contribue à cette activité, soit l'IUCPQ.

La situation de l'électrophysiologie cardiaque est bien connue des autorités ministérielles. Depuis le 18 octobre 2010, à raison de trois jours par semaine, une troisième salle temporaire a été mise en activité. Bien que le plateau technique actuel de la troisième salle temporaire fonctionne à temps partiel, l'Agence demeure convaincue que son rehaussement à raison de cinq jours par semaine contribuera à diminuer significativement le nombre de demandes hors délais. Pour le moment, le financement récurrent remis ne permet pas un tel degré de fonctionnement, ce qui demeure un enjeu important. Les discussions se poursuivront avec les autorités ministérielles quant aux modalités de financement requises en 2013-2014. Le fonctionnement à cinq jours par semaine touchera également les effectifs médicaux et nécessitera l'ajout de postes en anesthésiologie et en électrophysiologie, dans une recherche du maintien des activités et de l'offre de service actuelle. La démarche « Lean », amorcée l'an dernier par l'établissement sur la gestion des laboratoires d'hémodynamie et d'électrophysiologie, se poursuivra au cours du prochain exercice.

Enfin, il convient de mentionner l'importante annonce ministérielle faite le 10 mai 2013 à l'effet d'autoriser l'étape de conception des plans et devis du projet d'agrandissement qui accueillera le Service de l'électrophysiologie cardiaque de l'IUCPQ. Ce projet d'envergure devrait s'échelonner jusqu'au printemps 2018 et permettra de consolider l'offre de service suprarégionale surspécialisée en électrophysiologie cardiaque à l'endroit de la population de la Capitale-Nationale et du Réseau universitaire intégré en santé de l'Université Laval, lequel forme un ensemble de 1,7 million de personnes.

1.9.10 Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en électrophysiologie – Catégorie B

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint 37,1 % des demandes réalisées dans les délais prescrits, soit 7,1 points de pourcentage de plus que l'engagement. Il s'agit d'une amélioration de 13,1 par rapport au résultat obtenu en 2011-2012, où ce taux atteignait 24 %. Un seul établissement contribue à cette activité, soit l'IUCPQ.

1.09.07 Pourcentage de patients traités à l'intérieur d'un délai de 28 jours en radio-oncologie

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint 97,6 % des patients traités dans les délais prescrits, soit 7,6 points de pourcentage de plus que l'engagement de 90 %. Il s'agit d'une hausse de 1,9 point de pourcentage au regard de 2011-2012, où ce taux atteignait 95,7 %. Un seul établissement contribue à cette activité, soit le CHUQ.

1.9.33 Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale est à 53,2 % des patients traités dans les délais prescrits, soit 36,8 points de pourcentage de moins que l'engagement de 90 %. Il s'agit d'une détérioration de 11,9 par rapport au résultat obtenu en 2011-2012, où ce taux atteignait 65,1 %. Aucun établissement n'a atteint son objectif.

La disponibilité des plages opératoires pour la chirurgie oncologique constitue le principal enjeu pour les établissements. D'autres facteurs expliquent également la non-atteinte des engagements :

- l'inclusion de la chirurgie de MOHS (cancers de peau) dans les activités chirurgicales oncologiques et dont la liste d'attente compte plus d'une centaine de patients (alors que seulement deux chirurgiens de L'Hôtel Dieu de Québec et un de l'Hôpital Saint-Sacrement (HSS) pratiquent ce type d'interventions, en plus des ressources de pathologie exigées au moment de la chirurgie);
- l'augmentation de la moyenne d'heures par procédure, ce qui engendre une diminution des interventions chirurgicales;
- le départ d'un chirurgien thoracique non remplacé à l'IUCPQ;
- les délais d'accès aux plateaux techniques.

Enfin, sur le plan du mode de calcul de l'indicateur, la nouvelle directive du Ministère à l'effet de commencer la mesure du délai à partir de la date de signature de la requête opératoire par le chirurgien plutôt qu'à partir de la date de réception de celle-ci contribue à augmenter le nombre de jours d'attente avant la chirurgie.

La validation des listes d'attente a été effectuée dans tous les établissements concernés à l'aide d'outils fournis par le Ministère. Des mesures sont prises pour améliorer l'accès en priorisant la clientèle atteinte d'un cancer. Tous les établissements déposeront à l'Agence, en mai 2013, un plan de redressement afin que les interventions chirurgicales oncologiques soient réalisées dans les délais requis. Chaque établissement a également mis en place des procédures rigoureuses de suivi des listes d'attente.

1.09.20.01 Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais — Arthroplastie totale de la hanche

1.09.20.02 Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais — Arthroplastie totale du genou

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint 52,4 % des chirurgies réalisées dans les délais prescrits pour l'arthroplastie totale de la hanche (PTH), soit 37,6 points de pourcentage de moins que l'engagement de 90 %. Il s'agit d'une détérioration de 11,5 par rapport au résultat 2011-2012, où ce taux atteignait 63,9 %. En 2010-2011, le taux était de 81 % (non montré dans le tableau). Le CHA et le CHUQ n'atteignent pas leur objectif.

Pour l'arthroplastie totale du genou (PTG), les résultats finaux indiquent la non-atteinte de l'engagement. La performance régionale a atteint 49,1 % des chirurgies réalisées dans les délais prescrits, soit 40,9 points de pourcentage de moins que l'engagement de 90 %. Il s'agit d'une détérioration de 11,9 points de pourcentage par rapport au résultat 2011-2012, où ce taux atteignait 61,0 %. En 2010-2011, le taux était de 77,1 % (non montré dans le tableau). Le CHA et le CHUQ n'atteignent pas leur engagement.

D'une part, sur le plan du mode de calcul de l'indicateur, le fait de commencer la mesure du délai à partir de la date de signature de la requête opératoire par le chirurgien plutôt qu'à partir de la date de réception de celle-ci contribue à augmenter le nombre de jours d'attente avant la chirurgie. Les établissements semblent subir l'effet d'un tel changement, bien que ce dernier soit justifié par une meilleure qualité des données traitant des délais d'attente. D'autre part, force est de constater que la demande augmente sans que la capacité des hôpitaux soit ajustée en conséquence pour y répondre selon les normes d'accessibilité visées. L'exercice 2012-2013 a connu des périodes importantes de congestion dans les urgences, de même qu'une augmentation appréciable des chirurgies effectuées en urgence. Ces deux facteurs ont eu un impact direct sur l'accessibilité aux lits d'hospitalisation pour la clientèle élective en attente de chirurgie.

La création du CHU de Québec (fusion du CHUQ et du CHA) pourra avoir des effets positifs sur la gestion des listes d'attente ainsi que sur l'accès aux services en général. Comme il n'y aura qu'un seul établissement, il sera plus facile d'implanter des manières de faire qui ont obtenu du succès auprès des deux anciens établissements. L'optimisation d'un guichet central de dépôt des requêtes opératoires et de planification chirurgicale ainsi que l'harmonisation des processus de planification opératoire devrait produire des effets bénéfiques sur la gestion des listes d'attente et la priorisation des cas. Un projet associant le CHU de Québec (Hôpital Saint-François d'Assise) et le CSSS de la Vieille-Capitale a été démarré cette année afin de rendre disponible une offre de service de soins de convalescence, ce qui contribuera à libérer les lits de chirurgies plus rapidement. Ce projet, en cours depuis quelques mois, montre déjà une évolution favorable des pratiques en matière de libération précoce des patients. Pour le CHA, des travaux ont également été réalisés avec le chef de service de l'orthopédie pour revoir et équilibrer les priorités opératoires, ce qui pourrait avoir un impact positif sur le nombre des opérations de PTG réalisées mensuellement. Enfin, l'Agence est également en démarche avec la région de la Chaudière-Appalaches pour développer la possibilité d'une deuxième offre de service. Cette offre pourrait se mettre en branle d'ici l'été ou l'automne 2013, et permettrait de diminuer les délais d'attente en chirurgie.

1.09.20.03 Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais — Chirurgie de la cataracte

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. Les chirurgies de la cataracte ont été réalisées dans les délais prescrits à 95,1 %, soit 5,1 points de pourcentage de plus que l'engagement de 90 %. Seul le CSSS de Charlevoix n'atteint pas l'objectif.

Pour le CSSS de Charlevoix, des événements particuliers expliquent la non-atteinte de l'engagement observée cette année. Dans un premier temps, à l'Hôpital de Baie-Saint-Paul, durant l'été 2012, des problèmes de qualité de l'air dans le bloc opératoire causés par un taux d'humidité trop élevé ont été détectés. L'équipe de prévention des infections a émis des recommandations selon lesquelles il était impossible de pratiquer des interventions et d'assurer une stérilité adéquate, condition essentielle pour effectuer des chirurgies. Le bloc opératoire a donc été rendu inaccessible plusieurs jours, ce qui a causé un allongement du délai d'attente des patients. Dans un deuxième temps, le CSSS de Charlevoix a vécu des problèmes de disponibilité de ses effectifs médicaux (diminution de la disponibilité, absence temporaire), ce qui a également influencé à la baisse la performance annuelle. Des correctifs ont été apportés afin de régulariser la situation, entre autres par l'aménagement de plages opératoires supplémentaires rendues disponibles aux chirurgiens afin de réduire le retard accumulé.

1.09.20.04 Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais — Chirurgie d'un jour (à l'exception de la chirurgie de la cataracte)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale des chirurgies d'un jour réalisées dans les délais prescrits a atteint 90,9 %, soit 0,9 point de pourcentage de plus que l'engagement établi à 90 %. Par contre, le résultat a baissé de 1,2 par rapport à 2011-2012, où ce taux atteignait 92,1 %. En 2010-2011, le taux était de 93,7 % (non montré dans le tableau). Seul le CSSS de Charlevoix n'atteint pas l'engagement.

Outre la situation particulière vécue à l'Hôpital de Baie-Saint-Paul (épisode de qualité de l'air au bloc opératoire, voir l'indicateur 1.09.20.03), l'Hôpital de La Malbaie a procédé à des travaux de rehaussement de la salle de chirurgie durant cinq semaines (entre juillet et août 2012), et a dû limiter, au cours de cette période, son activité chirurgicale aux césariennes ou aux chirurgies en urgence seulement.

Pour l'Hôpital de Baie-Saint-Paul, les mesures correctives en lien avec le taux d'humidité ont été apportées. Quant à l'Hôpital de La Malbaie, l'exercice financier 2013-2014 donnera lieu à une fermeture normale du bloc opératoire (en raison des vacances estivales et de la disponibilité habituelle des effectifs). Ces conditions permettront de rattraper le retard encouru.

1.09.20.05 Pourcentage de personnes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais — Chirurgie avec hospitalisation (à l'exception de la chirurgie de la cataracte et des arthroplasties de la hanche et du genou)

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent l'atteinte de l'engagement. La performance régionale des chirurgies avec hospitalisation réalisées dans les délais prescrits a atteint 95,4 %, soit 5,4 points de pourcentage de plus que l'engagement établi à 90 %. Tous les établissements atteignent leur engagement.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Plan stratégique ministériel Axe d'intervention	Urgences		
Objectifs de résultats	3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence pour les personnes sur civière (plusieurs mesures du Plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif)		
Indicateurs	**Résultats 2011-2012**	**Engagements 2012-2013**	**Résultats 2012-2013**
1.09.01 Séjour moyen sur civière (durée)	15,3	12	16,2
1.09.03 Pourcentage de séjours de 48 heures et plus sur civière	5,07	0	5,92
1.09.31 Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	19	15	19,7

Explications détaillées relatives au tableau précédent

1.09.01 Séjour moyen sur civière

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. Le séjour moyen est de 16,2 heures par usager, ce qui représente 4,2 heures de plus que l'engagement de 12 heures. Il s'agit d'une détérioration relative de 5,5 % par rapport à 2011-2012, où le séjour moyen atteignait 15,3 heures. Au total, trois établissements sur cinq n'atteignent pas leur objectif, soit le CHUQ, le CHA et l'IUCPQ.

Bien que jugée souhaitable par le réseau de la Capitale-Nationale, la cible de séjour de 12 heures est excessivement difficile à atteindre pour les hôpitaux. Mis à part les périodes habituelles de congestion vécues annuellement (périodes 9 à 13), l'éclosion de légionellose, à l'été 2012, a eu cette année un certain impact sur l'achalandage et les séjours à l'urgence ainsi que sur l'utilisation des unités de soins intensifs et d'hospitalisation.

Comme par le passé, l'enjeu majeur reste celui de l'accès aux lits d'hospitalisation pour la partie occupée par la clientèle en fin de soins actifs. L'augmentation de cette clientèle a un effet direct sur le bassin de lits disponibles et, conséquemment, réduit la capacité à admettre les patients de l'urgence en attente d'être hospitalisés. Aussi, l'année 2012-2013 a été particulièrement difficile en lien avec les longs séjours de la clientèle de santé mentale séjournant dans les urgences.

Sur le plan des mesures déployées en 2012-2013 pour améliorer le fonctionnement hospitalier, mentionnons l'ouverture d'une centaine de places en ressources intermédiaires qui contribueront à augmenter l'accès général à l'hébergement et qui faciliteront le transit du milieu hospitalier vers les ressources en mesure d'accueillir la clientèle présentant une lourde perte d'autonomie et qui occupe des lits de courte durée.

Par ailleurs, des travaux concernant les urgences psychiatriques ont été réalisés et ont permis de dégager des pistes de solution et des mesures structurantes concernant la clientèle de santé mentale. Les résultats de ces travaux devraient se faire sentir en 2013-2014. Quelques démarches « Lean » sur le fonctionnement des urgences (urgences ambulatoires de l'Hôpital Saint-François d'Assisse et du CHUL et urgence de l'IUCPQ) sont rapportées. Enfin, le pro-

gramme Alliance, qui vise la prise en charge des grands utilisateurs de services, donne également d'excellents résultats et permet d'éviter des séjours à l'urgence (diminution de 61 % des visites ambulatoires et de 50 % des visites sur civière pour la cohorte de 266 patients du CHUQ et du CHA) ainsi que des hospitalisations, le cas échéant.

1.09.03 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. Le pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière a atteint 5,92 %, alors que l'engagement est fixé à 0 %. En 2011-2012, les séjours de 48 heures et plus sur civière s'élevaient à 5,07 %, ce qui indique que le pourcentage de 48 heures et plus a augmenté de 14,3 % en valeur relative par rapport à l'an dernier. Tous les établissements présentent un écart défavorable par rapport à leur engagement.

Les explications rapportées à l'indicateur 1.09.01 valent également pour les résultats obtenus sur le pourcentage de séjour de 48 heures et plus à l'urgence. Il faut également souligner qu'une part appréciable de l'augmentation observée s'explique par les longs séjours de la clientèle de santé mentale dans les urgences. De plus, pour l'HSS et pour l'HSFA, l'accès à certains spécialistes est limité et a causé des délais de prise en charge et d'admission sur les unités de soins.

Outre l'ouverture d'une centaine de places en ressources intermédiaires mentionnées précédemment et les mesures structurantes concernant la clientèle de santé mentale, une démarche régionale a été entreprise pour rendre disponibles des places en surcapacité (dès juin 2013) dans l'optique que ces places favoriseront une diminution du taux de 48 heures à l'urgence pour la partie de la clientèle admise.

1.09.31 Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière

Au terme de la période 13, les résultats obtenus indiquent la non-atteinte de l'engagement. Le pourcentage de séjour de 24 heures et plus sur civière a atteint 19,7 %, ce qui représente 4,7 points de pourcentage au-dessus de l'engagement fixé à 15 %. En valeur relative, il s'agit d'une détérioration de 3,5 % par rapport à 2011-2012 (19,0 %). Le CHUQ, le CHA et l'IUCPQ présentent un écart défavorable par rapport à leur engagement.

Les explications rapportées à l'indicateur 1.09.01 et 1.09.03 valent également pour cet indicateur.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Planification stratégique régionale – Plan d'action 2012-2013		
Services de première ligne		
Sujets	**Résultats 2012-2013**	
Offre de service médicale et générale intégrés		
R-2.1.1 Élaborer le portrait des services de première ligne	Atteint	
R-2.1.3A Renforcer le modèle et le fonctionnement des cliniques-réseau Québec : 10 CRQ en activité	**2011-2012** 8	**2012-2013** 8
R-2.1.3B Procéder au renouvellement des CRQ en fonction des indicateurs choisis par le comité responsable du renouvellement des CRQ : 8 CRQ	Nouveau	0

Sujets	Résultats 2012-2013
R-2.1.4 Déterminer avec les partenaires le processus de travail et actualiser les premières composantes de l'offre de service de première ligne (équipe pluridisciplinaire) aux cliniques médicales	Non atteint

Explications détaillées relatives au tableau précédent

R-2.1.3A Renforcer le modèle et le fonctionnement des cliniques-réseau Québec (CRQ) : 10 CRQ en activité

Au terme de la période 13, la région de la Capitale-Nationale compte 8 CRQ, pour un écart défavorable de 2. Les deux CSSS de l'agglomération de Québec ont connu un retard dans la mise en place des CRQ.

Pour le CSSS de la Vieille-Capitale, les travaux du projet de La Cité verte se sont poursuivis. Les responsables ont obtenu le nombre de signatures requis pour former le regroupement de la CRQ. Le dépôt du projet final au Département régional de médecine générale (DRMG) est attendu pour le mois de juin 2013. En ce qui a trait au CSSS de Québec-Nord, la directrice générale a déposé à l'Agence les signatures des médecins partenaires du regroupement clinique-réseau de Charlesbourg le 12 février 2013. Le site de la clinique n'est pas choisi. Des discussions avec les groupes de médecine de famille (GMF) avoisinants sont en cours pour déterminer le site le plus approprié pour implanter cette nouvelle CRQ. Le 3 mars 2013, une lettre d'intention d'un deuxième promoteur a été déposée auprès de l'Agence. Ce promoteur veut développer un nouveau GMF et une CRQ dans le même secteur. Les médecins du secteur de Charlesbourg ont rencontré ce deuxième promoteur et ont choisi de poursuivre leurs actions avec le premier partenaire du secteur, Le Mesnil. Contrairement à ce qui a été initialement convenu, les médecins ont l'intention de désigner un site du GMF Charlesbourg (multisite) et implanter la CRQ sur ce site. D'autres travaux suivront.

R-2.1.3B Procéder au renouvellement des cliniques-réseau Québec (CRQ) en fonction des indicateurs choisis par le comité responsable du renouvellement des CRQ : 8 CRQ

Le sous-comité du DRMG chargé du renouvellement GMF et des CRQ a complété le renouvellement des GMF en retard, selon le nouveau plan d'action transitoire sur le renouvellement des accréditations GMF déposé en mars 2013 par le Ministère. Le renouvellement des GMF plus complexes se terminera à la fin mai 2013. La priorité a donc été accordée à ces renouvellements, à la demande du Ministère.

Le sous-comité du DRMG a poursuivi et a complété ses travaux sur les indicateurs de suivi permettant de documenter l'offre de service attendue d'une clinique-réseau. La validation de ces outils sera faite auprès des CSSS de l'agglomération de Québec. Les directeurs généraux ont reçu une lettre signée par le président-directeur général, les informant du nouveau processus de renouvellement des CRQ.

Chaque CRQ aura à remplir l'outil d'analyse, et une rencontre sera planifiée avec le sous-comité du DRMG pour évaluer l'offre de service et formuler des recommandations, s'il y a lieu. Un calendrier des rencontres sera élaboré d'ici le mois de juin 2013 et les rencontres débuteront à la mi-septembre.

R-2.1.4 Déterminer avec les partenaires le processus de travail et actualiser les premières composantes de l'offre de service de première ligne (équipe pluridisciplinaire) aux cliniques médicales

L'Agence suit l'évolution des travaux du Ministère, considérant que ce dernier a commencé une démarche sur la consolidation des services de première ligne en 2012 à laquelle les directions des programmes clientèles et des affaires médicales sont associées. Pour l'instant, l'Agence préfère attendre les orientations provinciales afin de ne pas dédoubler les démarches.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Planification stratégique régionale – Plan d'action 2012-2013		
Services de première ligne		
Sujets	**Résultats 2012-2013**	
Prévention et gestion des maladies chroniques	**2011-2012**	**2012-2013**
R-2.5.1A Desservir 680 personnes pour le programme aux grands utilisateurs de services	516	660
R-2.5.1B1 Développer le tableau de bord	Atteint	
R-2.5.1B2 Mettre en place un processus d'identification systématique et en continu des grands utilisateurs de services (CH)	Atteint	
R-2.5.1B3 Mettre en place des moyens pour favoriser le partage de l'information clinique et la collaboration interprofessionnelle et inter-établissements (CH-CSSS)	Atteint	
R-2.5.2 Produire les fascicules sur le diabète et sur les maladies cardiovasculaires.	Atteint	
R-2.5.3 Implanter le Plan d'action 2012-2013 déterminé par le comité régional du programme sur les quatre territoires de CSSS	Atteint	
Mesures pour l'accès aux services d'urgence		
R-2.10a Développer des mesures d'amélioration de la performance pour chacune des urgences	Atteint	
Sujets	**Résultats 2012-2013**	
R-2.10b Assurer le fonctionnement optimal de l'urgence de l'Hôpital du Saint-Sacrement	Non atteint	
Information clinique et collaboration interdisciplinaire		
R-2.11.1 Compléter le déploiement du volet médicament du DSQ en 2012 pour les sites suivants des établissements : 100 % des UMF et 50 % des CLSC pour ce qui est des services courants	Non atteint	

Explications détaillées relatives au tableau précédent

R-2.5.1A Desservir 680 personnes pour le programme aux grands utilisateurs de services

Au terme de la période 13, la région de la Capitale-Nationale a desservi 660 personnes par le programme Alliance, soit seulement 20 de moins que l'engagement fixé à 680. Seul le CSSS de Québec-Nord n'atteint pas l'engagement, alors que tous les autres CSSS le dépassent.

La principale difficulté connue a trait à l'identification de la clientèle selon le calendrier de sélection des candidats au programme. Le comité régional des gestionnaires du Programme Alliance travaille actuellement à mettre en place un processus de repérage continu, en temps réel, de la clientèle.

R-2.10b Assurer le fonctionnement optimal de l'urgence de l'Hôpital du Saint-Sacrement

Bien que l'urgence psychiatrique de l'Hôpital du Saint-Sacrement soit fonctionnelle, l'achalandage demeure moins important que celui des deux autres urgences psychiatriques de la région. Quant au modèle novateur qui avait été déposé, le projet a été abandonné. Un comité de travail sur les urgences psychiatriques a été formé et celui-ci a déposé en cours d'année 2012-2013 un rapport (Paquet-Villeneuve) recommandant une douzaine de mesures pouvant être mises en place. Le comité directeur en santé mentale a mandaté un comité d'application qui a amorcé ses travaux et devrait voir à l'application des mesures en 2013-2014.

R-2.11.1 Compléter le déploiement du volet médicament du DSQ en 2012 pour les sites suivants des établissements : 100 % des UMF et 50 % des CLSC pour ce qui est des services courants

Le déploiement du DSQ a été ralenti en 2012-2013 en raison de l'arrêt du déploiement des pharmacies communautaires de janvier à novembre 2012, de l'attente du déploiement des laboratoires de la région (atteint en novembre 2012) et des problèmes de lenteur à la consultation des résultats de laboratoire avec le visualiseur DSQ (décembre 2012). De plus, certains établissements attendent que les données du DSQ soient intégrées au DCI Cristal-Net. Le déploiement des pharmacies communautaires par la RAMQ a repris en novembre 2012. En février 2013, l'ensemble des laboratoires de la région alimente le DSQ. Malgré les problèmes de lenteur toujours présents à la consultation avec le visualiseur, le déploiement a pu reprendre avec la volonté des cliniciens. Au 31 mars 2013, plus de 1 200 dispositifs d'accès au DSQ ont été remis. L'intégration du DSQ (médicament) au DCI Cristal-Net est prévue pour l'automne 2013.

Fiche de reddition de comptes 2012-2013

Planification stratégique régionale – Plan d'action 2012-2013	
Accès aux services spécialisés et appui à la première ligne	
Sujets	**Résultats 2012-2013**
Mécanismes de référence des services médicaux spécialisés	
R-3.2.1A Adopter le plan de travail pour l'organisation des trajectoires de services entre la première, deuxième et troisième ligne au comité régional pour l'organisation des trajectoires de services entre la première, deuxième et troisième ligne, selon les travaux en gériatrie, en santé mentale, en cardiologie à l'IUCPQ, en gastroentérologie et en clinique de la douleur.	Non atteint
R-3.2.1B Mettre en œuvre un projet-pilote « ouverture d'agenda - accès priorisé à son médecin de famille », élaboré entre : Agence-CHUQ-CSSSVC-CRQ Pierre-Bertrand	Atteint
Accès aux services diagnostiques	
R-3.4.1 Poursuivre la hiérarchisation des laboratoires	Atteint
Modèle régional de gouverne dans la lutte contre le cancer	
R-3.6.1 Définir un nouveau programme régional de lutte contre le cancer	Atteint
R-3.6.2 Déployer régionalement le système d'information clinique axé sur la trajectoire de la clientèle en oncologie SIC-TO	Non atteint
R-3.6.3 Compléter la mise en place des lits communautaires en soins palliatifs	Non atteint
Partage des responsabilités entre la première ligne et les services spécialisés	
R-3.7.1 Déployer en totalité le protocole Infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST)	Atteint
R-3.7.2 Élaborer la trajectoire pour la mise en place du continuum Accident vasculaire cérébral (AVC) dont la prise en charge de la clientèle en phase aiguë de moins de 4,5 heures	Atteint
R-3.7.3 Mettre en place une gouverne régionale visant l'optimisation des durées moyennes de séjour pour les épisodes de fracture de la hanche	Atteint
Reconnaissance de la mission universitaire	
R-3.8.1 Faire valoir l'impact de la mission universitaire associé à certains dossiers, en fonction des occasions	Retiré

Explications détaillées relatives au tableau précédent

R-3.2.1A Adopter le plan de travail pour l'organisation des trajectoires de services entre la première, deuxième et troisième ligne au comité régional pour l'organisation des trajectoires de services entre la première, deuxième et troisième ligne, selon les travaux en gériatrie, en santé mentale, en cardiologie à l'IUCPQ, en gastroentérologie et en clinique de la douleur

Le plan de travail 2012-2013 a été réalisé en partie et la mise en place de certaines trajectoires a été ralentie par la réorganisation des départements du CHU de Québec, à la suite de la fusion du CHUQ et du CHA en juillet 2012. Certains éléments hors de contrôle freinent l'établissement de trajectoires, notamment en douleur chronique où les spécialistes n'ont pas déterminé leurs priorités de référence. D'autres priorités requièrent la mise en place de comités régionaux. Ce plan de travail se poursuivra en 2013-2014 et probablement en 2014-2015, car il implique de grandes modifications aux façons de faire dans plusieurs milieux, soit en clinique, en GMF, en CRQ, en CSSS et en centre hospitalier (CH). Par contre, les travaux sur les trajectoires en cardiologie avec l'IUCPQ progressent favorablement et une entente de service a été conclue entre l'IUCPQ et le CSSS de Portneuf.

Les principales difficultés connues sont : les délais occasionnés par la réorganisation des départements du nouveau CHU de Québec (restructuration des directions cliniques), plusieurs spécialités de deuxième et de troisième ligne n'ont pas établi leurs priorités de référence ce qui empêche, notamment en douleur chronique, l'organisation des trajectoires à partir de la première ligne. L'évolution des discussions régionales a permis de constater que la mise en place de certaines trajectoires nécessitera des travaux régionaux d'envergure pour le suivi de l'anticoagulothérapie, les modes de référence posthospitalisation et la simplification (ou uniformisation) des formulaires des centres hospitaliers en imagerie et en laboratoire. Il faut noter, dans certaines spécialités et aussi chez certains groupes de médecins de famille, une résistance par rapport à ces nouvelles façons de faire. Un processus de gestion du changement devra donc être fait en 2013-2014 et l'année suivante.

R-3.6.2 Déployer régionalement le système d'information clinique (SIC) axé sur la trajectoire de la clientèle en oncologie (TO)

Les demandes liées au Registre québécois du cancer (RQC) ont retardé le déploiement de SIC-TO au CHUQ et conséquemment au plan régional. L'équipe de projet a dû prioriser les exigences du RQC. La création du CHU de Québec et les besoins précis du registre québécois du cancer (RQC) incitent à revoir le plan initial.

R-3.6.3 Compléter la mise en place des lits communautaires en soins palliatifs

À l'évaluation de la situation à la période 13, il appert que l'engagement relié à la mise en place des lits communautaires est non atteint. Toutefois, pour deux des trois CSSS visés, la mise en place des lits communautaires a été réalisée en totalité. Selon le CSSS de Charlevoix, l'ajout de deux autres lits de soins palliatifs aux trois existants à même les ressources disponibles n'est pas réalisable. Des discussions sont à planifier entre l'Agence et le CSSS de Charlevoix pour trouver une solution.

3.8.4 Dossiers divers

3.8.4.1 Services préhospitaliers d'urgence

Le Dr Douglas Eramian, nommé directeur médical régional pour les services préhospitaliers d'urgence pour la région de la Capitale-Nationale, est arrivé en septembre 2012. Le rôle et l'implication du Dr Eramian sont essentiels à l'harmonisation et à la qualité de la pratique clinique des techniciens ambulanciers/paramédics (TAP).

3.8.4.2 Formation des techniciens ambulanciers/paramédics

Plusieurs activités ont eu lieu cette année en lien avec le dossier de la formation. L'Agence a revu tous les processus inhérents à la formation pour les techniciens ambulanciers/paramédics (TAP). La mise en place d'une nouvelle équipe de formateurs régionaux a permis d'offrir la formation « Réa 2011 », qui traitent des nouvelles normes en réanimation, et ce, pour l'ensemble des TAP de la région. Découlant de l'intérêt et de l'implication des formateurs régionaux, un accompagnement et un soutien sont assurés, lorsque nécessaires, à tous les TAP. Plusieurs projets structurants sont en analyse présentement pour l'année 2013-2014.

3.8.4.3 Services de premiers répondants

Le tableau ci-dessous présente les municipalités ou organismes ayant un service de premiers répondants.

Liste des services de premiers répondants de la région de Québec

Municipalité	Date de la mise en service
P3003 Shannon	1998
P3005 Saint-Gabriel-de-Valcartier	2000
P3008 Pont-Rouge	2000
P3012 Sainte-Catherine de la Jacques-Cartier	2005
P3013 Sainte-Brigitte-de-Laval	2004

Tous les responsables des services de premiers répondants (PR) des municipalités reconnues ont été rencontrés par l'Agence afin de leur présenter les orientations ministérielles concernant le soutien et le développement des services de PR. Les moniteurs défibrillateurs automatiques de tous les services ont également été renouvelés et le suivi des interventions touchant l'assurance-qualité a été revu. Les services de premiers répondants constituent un maillon important des services préhospitaliers d'urgence et l'Agence travaille dans un mode collaboration renouvelé avec les différentes équipes en place.

3.8.4.4 Centre de communication santé des capitales (CCSC)

Le Centre de communication santé des Capitales a connu un accroissement important de son nombre d'appels entrants, ce qui fera de lui le troisième en importance au Québec. Le processus d'appel d'offres pour l'acquisition d'une nouvelle répartition assistée par ordinateur a été entièrement revu et sera lancé dans les prochaines semaines. Afin de permettre au personnel du CCSC d'évoluer dans des espaces adéquats, une analyse de besoins des espaces a été finalisée et soumise à l'Agence.

3.8.4.5 *Services ambulanciers*

Transports ambulanciers effectués dans la région 03 du 1er avril 2012 au 31 mars 2013

Numéro de la zone	Nom de la zone	Entreprise ambulancière	Nombre de transports		
			2010-2011	2011-2012	2012-2013
301 302 303 343	Charlevoix	CTAQ	3276	3054	3225
		Sous-total	**3276**	**3 054**	**3225**
304	Sainte-Anne-de-Beaupré	Ambulances Côte-de-Beaupré	1 767	1 799	1992
305 306 307 308 309	Agglomération de Québec	Ambulances de la Capitale-Nationale CTAQ	47 495	50 529	51 807
		Sous-total	**49 262**	**52 328**	**53 799**
310	Saint-Raymond	Ambulances Portneuf	1 747	1 778	1 770
311	Saint-Marc-des-Carrières	Ambulances Guy Denis et Fils Ambulances Paré	1 418	1 558	1 413
312	Donnacona	Groupe Radisson – Secteur Donnacona	1 602	1 606	1668
342	Parc des Laurentides	CTAQ	82	98	78
346	Sainte-Catherine-de-la-Jacques-Cartier	Ambulance de la Jacques-Cartier	308	333	547
		Sous-total	**5157**	**5 373**	**5476**
		TOTAL	**57 695**	**60 755**	**62 500**

Source : SISPUQ

3.8.4.6 *Objectifs de l'Agence pour 2012-2013*

L'Agence, de concert avec l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ), L'Hôtel-Dieu de Québec, le CHU de Québec et l'Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence (UCCSPU) de L'Hôtel-Dieu de Lévis, a complété le déploiement du projet de transmission de l'électrocardiogramme 12 dérivations (ECG-12D). Ce projet permet de diriger directement les patients ayant des signes et symptômes d'infarctus du myocarde vers un des deux centres d'hémodynamie de la région de la Capitale-Nationale. L'objectif étant d'appliquer le protocole d'angioplastie primaire le plus rapidement possible afin de diminuer la morbidité et la mortalité dans la région. L'Agence sera donc en phase de consolidation pour l'année 2013-2014; déjà plus d'une centaine de personnes ont bénéficié de cette trajectoire de services.

Pour ce qui est de la formation des TAP, l'Agence prévoit offrir différentes formations, soit la procédure en lien avec le projet de constat de décès à distance, la formation « Med-Leg », por-

tant davantage sur des aspects légaux et éthiques de la pratique des TAP, et autres formations, selon le calendrier ministériel. L'Agence travaille également à l'élaboration d'un projet de centre de formation régional pour les TAP, dédié aux services préhospitaliers d'urgence, qui facilitera la planification et la tenue de son calendrier annuel de formation.

En terminant, soulignons le fait qu'en raison d'une augmentation considérable de la charge de travail, l'Agence travaille actuellement avec le Ministère afin d'augmenter les effectifs ambulanciers, et ce, plus spécifiquement pour l'agglomération de Québec.

3.8.5 Sécurité civile

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a déposé la version révisée de la mission « Santé » au printemps 2012. Tous les établissements de la région de la Capitale-Nationale ont été informés des rôles et responsabilités qui en découlent pour le réseau de la santé et des services sociaux. Les renseignements retrouvés dans la mission « Santé » ont été transmis aux partenaires de sécurité civile de l'Agence sous forme de présentation aux rencontres régionales.

En ce qui concerne le dossier de la gestion des risques, des travaux ont été réalisés avec les partenaires de l'Agence, notamment pour le risque de fuite d'ammoniac, de pénurie d'eau et pour les maladies infectieuses à bord d'un bateau ou d'un avion. L'Agence collabore avec le comité provincial mis en place par le Ministère sur les risques chimiques, biologiques, radiologiques, nucléaires et explosifs (CBRNe).

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale a participé à quelques exercices afin de valider ses processus d'alerte, de mobilisation et d'intervention, notamment avec la Ville de Québec et l'aéroport Jean-Lesage.

Lors d'un sinistre ou d'un événement ayant un impact sur la population, l'Agence a joué son rôle de coordination et de soutien aux établissements. Plusieurs événements sont survenus au cours de l'année dans ses établissements ou au sein de la population, mobilisant ainsi des intervenants du réseau ou de l'Agence.

La révision du plan régional de la sécurité civile sociosanitaire, à partir des orientations du Ministère, est une priorité pour l'année à venir de même que l'élaboration de plans d'intervention portant sur la légionellose et sur la menace active à la sécurité (tireur) au sein de ses établissements. Le soutien aux établissements dans le processus de gestion des risques sera un enjeu important pour l'équipe régionale de sécurité civile.

3.8.6 Réorganisation des laboratoires

Comme énoncé dans les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux, (OPTILAB), le projet de réorganisation des services de laboratoires sur le plan régional est bien amorcé. L'organisation des services des laboratoires de la région de la Capitale-Nationale reposera, à terme, sur deux grands laboratoires serveurs desservant chacun un corridor défini. Ces laboratoires serveurs sont situés au Centre hospitalier de l'Université Laval et à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHU de Québec. Cette démarche permet de faire des économies importantes sans diminuer le service à la population en optimisant l'utilisation des ressources disponibles. L'équipe des laboratoires du CHU de Québec a, par ailleurs, continué les travaux de centralisation avec ses partenaires en complétant l'intégration des activités du laboratoire situé à l'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's.

3.8.7 Programme de lutte contre le cancer

3.8.7.1 Comité directeur régional de lutte contre le cancer

Le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale a adopté, en avril 2012, le Programme de lutte contre le cancer et le plan d'action pour son actualisation, déposé par le Comité directeur régional de lutte contre le cancer (CDRLCC).

Au terme d'un processus d'appel de candidatures et de sélection, la docteure Anne Dagnault et M[me] Hélène Proulx ont été nommées, en septembre 2012, coprésidentes du CDRLCC et représentantes de la région au Comité national des cogestionnaires en oncologie.

3.8.7.2 Centre spécialisé en cancer

En juillet 2012, le modèle d'organisation de la région a subi une transformation importante par la création du CHU de Québec, ce qui a amené l'Agence à revoir la position prise en janvier 2012 de nommer un consortium spécialisé en cancer. À la suite de discussions avec les directions des établissements, il a été convenu de délaisser le consortium au profit d'un seul centre spécialisé en cancer, soit le CHU de Québec.

3.8.7.3 Offre de service pour le traitement chirurgical du cancer du poumon et de l'œsophage dans la région de la Capitale-Nationale

Dans la vision d'une organisation régionale en cancer qui respecte les principes de qualité, de continuité et d'accessibilité, l'Agence a proposé à la Direction québécoise de cancérologie (DQC) de désigner l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ) comme centre spécialisé en cancer du poumon. Afin de ne pas diminuer l'offre de service régionale, les activités réalisées au CHU de Québec seront maintenues, compte tenu des particularités et des besoins de la clientèle de L'Hôtel-Dieu de Québec (L'HDQ). Il a également été proposé à la DQC de désigner L'HDQ à titre de centre spécialisé en cancer de l'œsophage. Par ailleurs, afin de ne pas diminuer l'offre de service, les activités réalisées à l'IUCPQ sont maintenues.

Les médecins spécialistes travaillant dans chacun des milieux ont reconnu la possibilité de mettre en commun les expertises développées et qu'une collaboration encore plus soutenue est essentielle pour offrir à la population de la Capitale-Nationale et de l'Est-du-Québec les meilleurs soins et services en oncologie pulmonaire et de l'œsophage. L'Agence s'est engagée à accompagner les équipes de l'IUCPQ et du CHU de Québec dans le développement de ce travail en réseau.

3.8.7.4 Radio-oncologie

Le changement de trois accélérateurs est maintenant terminé, selon le calendrier prévu.

Le Département de radio-oncologie est à la limite de ses capacités. En prévision de transferts possibles de clientèles dans les prochains mois, des ententes sont en cours avec les régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec, du Saguenay–Lac-Saint-Jean et du Bas-Saint-Laurent afin de prévoir des corridors de services, en temps opportun.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a reconnu le besoin de consolider la radiothérapie dans la région de la Capitale-Nationale et de la développer dans la région de la Chau-

dière-Appalaches. Le CHU de Québec et le Centre de santé et de services sociaux Alphonse-Desjardins développent conjointement la programmation clinique.

3.8.7.5 Chimiothérapie à Portneuf

Le CSSS de Portneuf a déposé une demande de reconnaissance des besoins pour le développement d'une clinique de chimiothérapie sur son territoire.

3.8.7.6 Chirurgie oncologique

En 2012-2013, la région présentait un résultat de 53,2 % d'interventions réalisées pour des personnes atteintes de cancer, sur un objectif de 90 %. La disponibilité des plages opératoires pour la chirurgie oncologique constitue le principal enjeu pour l'ensemble des établissements. D'autres facteurs influencent également la non-atteinte :

- l'inclusion de la chirurgie de MOHS dans les activités chirurgicales oncologiques (qui sont des cancers de peau) et dont la liste d'attente compte plus d'une centaine de patients (alors que seulement deux chirurgiens de L'HDQ et un de l'Hôpital du Saint-Sacrement (HSS) pratiquent ce type d'interventions, en plus des ressources de pathologie exigées au moment de la chirurgie);
- l'augmentation de la moyenne d'heures par procédure, ce qui nécessite une diminution des interventions;
- le départ d'un chirurgien thoracique non remplacé à l'IUCPQ;
- les délais d'accès aux plateaux techniques;
- la nouvelle directive du Ministère de débuter le calcul du délai à partir de la signature de la requête opératoire par le chirurgien et non à partir de la date de la réception de la requête.

Tous les établissements ont procédé à une validation des cas de chirurgie oncologique et présenteront un plan de mesures de redressement afin d'opérer le plus rapidement possible les patients.

3.8.7.7 Projet de démonstration du Programme québécois de dépistage du cancer colorectal

La phase 1 du projet de démonstration à l'Hôpital Saint-Sacrement et à l'Hôpital Saint-François d'Assise du CHU de Québec sur le dépistage du cancer colorectal se poursuit. Le début de la phase 2 est prévu à l'automne 2013. Un guichet centralisé nommé « COLO » a été mis en place. Les listes d'attente des deux sites de démonstration sont résorbées. L'épuration des listes d'attente en coloscopie se poursuit dans les autres sites du CHU de Québec.

3.8.7.8 Registre québécois du cancer

Le CHU de Québec, l'IUCPQ et le CSSS de Charlevoix disposent d'un registre local de cancer et sont engagés dans la phase 2. Le CSSS de Charlevoix s'est entendu avec le CHU de Québec pour le service de registraires.

Un comité régional du Registre québécois du cancer (RQC) a été mis sur pied et une communauté de pratique des registraires a commencé ses activités. Les registraires des régions de la Chaudière-Appalaches, de la Mauricie et du Centre-du-Québec ainsi que de l'Estrie se sont joints à la communauté de pratique de Québec.

3.8.7.9 Système d'information clinique axé sur la trajectoire des clientèles en oncologie

Le CHU de Québec poursuit le déploiement du Système d'information clinique axé sur la trajectoire des clientèles en oncologie sur Cristal-Net. Les exigences liées au RQC ont ralenti le processus de déploiement.

3.8.7.10 Infirmières pivots en oncologie

Le Comité régional de concertation des gestionnaires administratifs dans la lutte contre le cancer a approuvé le contenu, en février 2013, du Guide de formation initiale de l'infirmière pivot en oncologie. Ce guide vise à harmoniser la formation de base de toutes les infirmières qui débutent dans cette fonction.

3.8.7.11 Comité régional sur la formation, l'accompagnement, le soutien et l'évaluation dans la lutte contre le cancer

Le mandat du Comité régional sur la formation, l'accompagnement, le soutien et l'évaluation dans la lutte contre le cancer a été revu. Dorénavant, ses activités se concentreront sur la formation générale et continue dans la lutte contre le cancer, particulièrement auprès des intervenants de la première ligne.

3.8.8 Programme de soins palliatifs

3.8.8.1 Lits de soins palliatifs

Aux trois lits existants, le CSSS de Portneuf a ajouté deux lits de soins palliatifs.

3.8.8.2 Soins palliatifs à domicile

Le Comité régional de soins palliatifs a adopté le contenu du rapport Harmonisation des modalités d'accès aux soins palliatifs à domicile. Essentiellement, ce rapport définit les critères d'accès aux soins palliatifs à domicile qui sont basés sur la condition et les besoins de l'usager et non sur le pronostic vital. Le passage du critère « pronostic » pour accéder aux services de soins palliatifs à domicile à des critères fondés sur « l'évaluation des besoins » constitue un changement majeur dans la pratique.

Pour ce faire, une formation régionale de trois heures a été offerte à près de 150 intervenants des CSSS et des centres hospitaliers. Parallèlement, une demande de service interétablissements spécialement pour les soins palliatifs a été développée.

3.8.8.3 Soins palliatifs dans les centres d'hébergement de soins de longue durée

Le Comité régional de soins palliatifs a adopté le contenu du rapport État de la situation des soins palliatifs de fin de vie dans les centres d'hébergement de soins de longue durée.

Soulignons que les deux rapports mentionnés aux points 3.8.8.2 et 3.8.8.3 ont fait l'objet d'une présentation au deuxième Congrès international francophone des soins palliatifs, en mai 2013.

3.8.9 Cadre de référence sur la détermination de l'intensité des soins

En suivi de l'adoption par le conseil d'administration de l'Agence d'un cadre de référence sur la détermination de l'intensité des soins, une formation est en cours d'élaboration, en collaboration avec l'Université Laval. L'objectif est d'aider les professionnels de la santé dans leurs réflexions et dans leurs discussions avec les usagers ou leur représentant légal lors de la détermination des interventions générales et précises les plus appropriées à leur état.

3.8.10 Protocole de détresse

Un groupe d'experts est à développer un contenu de formation sur le protocole de détresse. La formation s'adressera autant aux médecins, aux pharmaciens, aux infirmières qu'aux infirmières auxiliaires.

3.8.11. Prix d'excellence en oncologie

Lors du congrès de la DQC, tenu à Montréal en novembre 2012, trois organisations de la région ont reçu un prix d'excellence en oncologie :

- Maison Michel Sarrazin pour l'atelier d'expression artistique en soins palliatifs *La création de sens jusqu'au bout,* dans la catégorie « Soutien aux personnes »;
- CHU de Québec pour *Le dépistage de la détresse en oncologie dans la région, un programme centré sur la personne atteinte de cancer*, dans la catégorie « L'évolution de la pratique (amélioration de la qualité) »;
- l'IUCPQ pour *Le guichet de coordination de l'investigation en cancer du poumon*, dans la catégorie « L'organisation des services (amélioration de l'accessibilité et la continuité) ».

3.8.12 Plan régional des effectifs médicaux (PREM) en spécialité 2013

Spécialités	CHUQ		CHA		IUCPQ		IUSMQ		CSSSC		CSSSVC		CSSSQN		IRDPQ		Jeff Hale - Saint Brigid's		INSPQ		Total régional	
	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PREM
Allergie-immunologie pédiatrique	2	2																			2	2
Allergie-immunologie	6	6	1	2																	7	8
Anatomo-pathologie	17	17	12	12	4	4															33	33
Anesthésiologie	47	47	36	34	16	16			1	2											100	99
Biochimie médicale	8	9	5	5	1	1															14	15
Cardiologie	18	19	16	16	34	34															68	69
Cardiologie pédiatrique	5	5																			5	5
Chirurgie générale	16	16	14	14	7	6			1	4											38	40
Chirurgie G. pédiatrique	2	2																			2	2
Chirurgie vasculaire	7	8																			7	8
Chirurgie Thoracique					5	5															5	5

Spécialités	CHUQ		CHA		IUCPQ		IUSMQ		CSSSC		CSSSVC		CSSSQN		IRDPQ		Jeff Hale - Saint Brigid's		INSPQ		Total régional	
	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PREM
Chirurgie orthopédique	19	19	13	12					1	1											33	32
Chirurgie plastique	7	7	6	7																	13	14
CCVT					11	11															11	11
Dermatologie	11	10	6	6																	17	16
Endocrinologie	9	10	4	4																	13	14
Endocrinologie pédiatrique	4	4																			4	4
Gastroentérologie pédiatrique	4	4																			4	4
Gastroentérologie	12	12	9	8	1	2															22	22
Génétique médicale	3	6																			3	6
Gériatrie	7	7	7	8																	14	15
Hématologie oncologie adulte	14	13	12	12	2	2															28	27
Hématologie pédiatrique	3	4																			3	4
Médecine d'urgence	11	10	16	16																	27	26
Médecine interne	25	24	14	14	6	6															45	44
Médecine nucléaire	6	6	2	3	3	3															11	12
Microbiologie médicale	17	16	8	8	3	3															28	27
Néphrologie	14	15			4	4															18	19
Néphrologie pédiatrique	2	2																			2	2
Neurologie	5	5	17	17			2	2													24	24
Neurologie pédiatrique	4	5																			4	5
Neurochirurgie			14	15																	14	15
Obstétrique-gynécologie	48	48																			48	48
Ophtalmologie	3	4	29	29																	32	33
Oto-rhino-laryngologie	15	14	9	9																	24	23
Pédiatrie générale	25	26																			25	26
Pédiatrie maladies infectieuses	3	3																			3	3
Pédiatrie néonatologie	10	11																			10	11
Pédiatrie soins intensifs	6	6																			6	6
Physiatrie		1	7	7											4	4					11	12
Pneumologie	4	4	5	5	22	22															31	31
Pneumologie pédiatrique	4	4																			4	4
Pédopsychiatrie	20	20																			20	20

Spécialités	CHUQ		CHA		IUCPQ		IUSMQ		CSSSC		CSSSVC		CSSSQN		IRDPQ		Jeff Hale - Saint Brigid's		INSPQ		Total régional	
	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PEM	EP	PREM
Psychiatrie adulte							94	94													94	94
Radiologie diagnostique	32	31	21	22	9	9			1	2			1	1							64	65
Radio-oncologie	20	20																			20	20
Rhumatologie	9	10																			9	10
Rhumatologie pédiatrique	1	2																			1	2
Santé communautaire	20	19																	19	19	39	38
Urologie	12	14	3	3	1	1															16	18
Total	537	547	286	288	129	129	96	96	4	9	0	0	1	1	4	4	0	0	19	19	1076	1093

Source : Application web du ministère de la santé et des services sociaux - Gestion des PREM en spécialité, 2013-05-14.

EP : Effectifs en place

PEM : Plan des effectifs médicaux

PREM : Plan régional des effectifs médicaux

Note : Les écarts entre les EP et les PE sont engendrés soit, par des dépassements temporaires, par des postes académiques (hors PR) ou par des postes vacants.

3.8.13 Plan des effectifs médicaux en omnipratique (PEM) 2013 dans la région de la Capitale-Nationale

Établissements	PEM 2013	PEM ajusté après la diminution de 20 %	Nombre de postes transférés dans une banque régionale
CHU de Québec	157	126	31
CSSS de Québec-Nord	103	82	21
CSSS de la Vieille-Capitale	127	102	25
CSSS de Portneuf	40	0	0
CSSS de Charlevoix	40	0	0
Institut universitaire de santé mentale de Québec (IUSMQ)	22	18	4
Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ)	17	0	0

Établissements	PEM 2013	PEM ajusté après la diminution de 20 %	Nombre de postes transférés dans une banque régionale
Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDPQ)	12	10	2
Hôpital Jeffery Hale – Saint-Brigid's Home	21	17	4
Banque régionale de postes :			**87***

Note : La diminution du PEM de 20 % signifie que le remplacement de chaque départ de médecin doit recevoir une recommandation favorable du DRMG.

Pour l'année 2013, qui s'échelonne entre le 1er décembre 2012 et le 30 novembre 2013, le PREM en omnipratique renferme les éléments suivants :

- 0 poste réservé pour des médecins nouveaux facturants ou finissants pour les territoires de Portneuf et de Charlevoix;
- 3 postes pour des médecins nouveaux facturants PEMU (postes à vocation académique);
- 21 postes pour des médecins en mobilité interrégionale.

3.8.14 Services médicaux de première ligne

Le développement et la consolidation des services médicaux de première ligne en 2012-2013 se sont poursuivis. Un nouveau groupe de médecine de famille (GMF) a été accrédité en juin 2012 par le ministre de la Santé et des Services sociaux. La région de la Capitale-Nationale compte maintenant 29 GMF; la cible établie étant de 30. Au terme de l'année financière 2012-2013, 426 280 personnes étaient inscrites en GMF et 108 435personnes étaient inscrites auprès d'un médecin de famille hors GMF, pour un total de 534 715 personnes inscrites à un médecin de famille. Quelque 438 médecins sont regroupés en GMF, soit 14 de moins que l'an dernier. Ils travaillent en étroite collaboration avec plus de 90 infirmières cliniciennes et quelques infirmières praticiennes. Les collaborations professionnelles enrichissent le travail en interdisciplinarité.

La région de la Capitale-Nationale compte huit cliniques-réseau Québec (CRQ). Dans la dernière année, des travaux se sont poursuivis pour mettre sur pied deux nouvelles cliniques-réseau, ce qui permettrait d'atteindre la cible de 10 CRQ. Un premier projet, situé dans le secteur Montcalm, sur le territoire du CSSS de la Vieille-Capitale, devrait être approuvé dans les prochaines semaines. L'autre projet est situé dans le secteur de Charlesbourg-Nord, sur le territoire du CSSS de Québec-Nord. Son regroupement médical pourrait compter jusqu'à 30 médecins. L'ouverture de cette CRQ devrait se réaliser d'ici la fin de l'année.

Le renouvellement des accréditations des GMF plus complexes devrait être complété pour juin 2013. Au début du mois de juillet 2013, un nouveau cadre de gestion intitulé Groupes de médecine de famille, révisé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, devra s'appliquer pour tous les GMF de la province. De nouvelles balises permettront de consolider le modèle d'organisation de services et d'améliorer l'accès aux services médicaux.

Dans l'année 2012-2013, un sous-comité du Département régional de médecine générale a réalisé ces travaux afin d'amorcer, dès septembre 2013, le renouvellement des CRQ. Chaque

regroupement sera rencontré et l'offre de service sera révisée en fonction du modèle d'offre de service attendu.

Au total, quatre guichets d'accès pour la clientèle sans médecin de famille sont en activité. Depuis le démarrage en 2009, 55 116 patients se sont inscrits au guichet et plus de 50 360 patients ont été recommandés à un médecin de famille. D'importants changements seront introduits dans la Lettre d'entente N° 245, à compter du 1er juin 2013. Le guichet d'accès n'aura plus à gérer les numéros séquentiels donnés au médecin lors d'une autoréférence. De nouvelles modalités de rémunération sont également prévues.

3.8.15 Circuit du médicament

En 2007, le ministère de la Santé et des Services sociaux a lancé le projet quinquennal des Systèmes automatisés et robotisés pour la distribution des médicaments (SARDM) pour les établissements de santé. Ce projet contribue à optimiser le circuit du médicament. Cette optimisation du circuit couvre l'ensemble des activités reliées aux médicaments dont plusieurs nécessitent une réorganisation en profondeur du travail tant en pharmacie que sur les unités de soins. D'autres exigent l'appui technologique pour se réaliser. Bien que le déroulement de ce projet ministériel ait été prévu sur cinq ans, la complexité du dossier et les difficultés vécues en cours de projet ont mené le Ministère à en revoir l'échéancier global, d'où le découpage dudit projet en cinq phases. Pour chacune d'elle, l'Agence doit déposer au Ministère un plan de réalisation qui respecte le cadre de gestion ministériel émis pour chaque phase de ce projet. La phase I s'est finalisée en avril 2010 et totalisait des coûts de 17 763 947 $. Les coûts de la phase II, qui s'est terminée en décembre 2012, se sont élevés à 5 375 503 $. La planification de la phase III, débutée à l'automne 2012, sera finalisée au printemps 2013 lorsque le cadre de gestion de celle-ci sera transmis aux agences.

3.8.16 Pénurie de médicaments dans les établissements de santé et de services sociaux

Le 15 février 2012, la compagnie Sandoz informait ses clients qu'elle se voyait obligée de cesser la production de certains médicaments pour se concentrer sur les produits essentiels. Elle mentionnait aussi qu'étant donné les recommandations de la Food and Drug Administration, à la suite d'inspections des installations de Boucherville, plusieurs produits injectables seraient visés par une procédure d'allocation et que d'autres étaient déjà en rupture de stock. Les établissements ont dû faire face à cette pénurie de médicaments dès le printemps 2012 ainsi qu'à une pénurie additionnelle de médicaments essentiels fabriqués par les compagnies Baxter et Hospira. La pénurie a commencé à s'atténuer à la fin de l'été 2012, mais est toujours présente à divers degrés.

Dès l'annonce de cette pénurie en février 2012, l'Agence a estimé que celle-ci aurait des répercussions importantes dans l'offre de service et dans l'organisation du travail dans les établissements. Elle a donc mis en place une structure d'accompagnement et de soutien pour ceux-ci. Des conférences téléphoniques ont été tenues quotidiennement en tout début de crise avec l'ensemble des départements de pharmacie des établissements et hebdomadairement avec les directeurs des services professionnels, ce qui a permis le soutien régional pour pallier cette pénurie. Ce soutien s'est concrétisé

- par des prêts de médicaments interétablissements;
- par l'appui du Centre d'information sur les médicaments du CHU de Québec pour proposer des solutions de rechange aux médicaments en rupture ou pour documenter la stabilité de médicaments conditionnés en seringues;

- par des interventions auprès du fabricant de la part du ministère de la Santé et des Services sociaux ou auprès de Santé Canada concernant son programme d'accès spécial.

L'Agence a aussi participé de façon assidue lorsque le Ministère a mis en place une structure de gestion de crise en soutien aux régions et a partagé son expertise.

Par ses actions de coordination et de soutien, l'Agence a permis d'assurer la continuité des activités opératoires et le maintien sécuritaire des soins critiques pour la clientèle des établissements à mission hospitalière et la disponibilité des produits essentiels pour l'ensemble des clientèles des établissements de santé et de services sociaux de la région.

3.8.17 Phase hyperaiguë de l'AVC par l'entremise de la téléthrombolyse

Au cours de l'automne 2012, la Direction générale des services de santé et médecine universitaire du ministère de la Santé et des Services sociaux a confié au Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL) un mandat précis pour le développement d'un programme de téléthrombolyse pour la prise en charge de la phase hyperaiguë de l'accident vasculaire cérébral (AVC) par l'entremise de la télésanté et de l'allocation d'un budget de 300 000 $. De son côté, le RUIS-UL a demandé à l'Agence de mettre en place une structure de gestion de projet et d'assurer la livraison du mandat ministériel qui prévoit la mise en place d'un projet de démonstration de la téléthrombolyse pour la prise en charge de la phase hyperaiguë de l'AVC sur le territoire du RUIS-UL et, si la phase du projet de démonstration est concluante, de contribuer à la mise en place d'un tel programme à la grandeur de la province. Un chargé de projet a été engagé par l'Agence en octobre 2012. En novembre 2012, un comité de travail, formé de représentants de quatre RUIS, a amorcé ses travaux. La pilote du projet est la directrice régionale des affaires médicales, universitaires et hospitalières de l'Agence. Le projet de démonstration, prévu pour le territoire du RUIS-UL, sera effectué au cours de l'automne 2013.

3.8.18 Comité régional sur le continuum des soins et des services pour l'AVC-AIT

Dans le cadre des travaux réalisés par le ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) en vue de la mise en place du continuum des services centré sur les besoins précis des personnes ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) ou un accident ischémique transitoire (AIT), l'Agence a mis sur pied le Comité régional sur le continuum des soins et des services pour l'AVC-AIT. Ce dernier a pour mandat de s'assurer de la mise en place des orientations ministérielles et régionales qui seront émises en matière d'organisation des soins et des services pour l'AVC-AIT ainsi que de l'actualisation des pistes d'amélioration des soins et services, applicables à la région, proposées dans le rapport de l'INESSS portant sur l'organisation des services en matière d'AVC-AIT.

3.9 Autre dossier

3.9.1 Organismes communautaires

Le financement des organismes communautaires de la région de la Capitale-Nationale est encadré par une politique régionale adoptée en 1998 qui précise les balises de financement, selon le type d'organisme et selon certaines phases de financement. La politique régionale précise également les éléments de reddition de comptes annuels.

Le programme de soutien aux organismes communautaires découle de la politique gouvernementale de soutien à l'action communautaire autonome qui statue que le financement des organismes se veut un soutien à la mission de base et que, conséquemment, ce qui doit être

priorisé est le financement à la mission globale et non le financement pour des activités précises.

Enfin, au cours de l'année 2012-13, chacun des organismes communautaires recevant un financement lié à la mission globale de la part de l'Agence a signé une convention de soutien financier qui précise les responsabilités réciproques et les attentes, le tout en concordance avec la politique gouvernementale sur le soutien à l'action communautaire autonome.

4. Données financières

4.1 Données financières relatives aux établissements de la région et aux organismes communautaires subventionnés par l'Agence

4.1.1 Budget net de fonctionnement des établissements

Année financière 2012-2013

Nom	Budget net de fonctionnement 2012-2013 (note 1)	Budget net de fonctionnement 2011-2012 (note 1)	Budget net Écart 2012-2013 et 2011-2012	Surplus (déficit) Selon AS-471 2012-2013	Surplus (déficit) Selon AS-471 2011-2012	Écart 2012-2013 et 2011-2012
				Activités principales et accessoires		
				P. 358 c.3	P. 358 c.3	
Centres hospitaliers de courte durée						
CHUQ	541 945 591 $	518 694 380 $	23 251 211 $	2 678 081 $	1 596 752 $	1 081 329 $
IUSMQ	113 209 604 $	113 691 147 $	(481 543 $)	5 855 507 $	5 024 052 $	831 455 $
CHA	311 583 623 $	306 185 536 $	5 398 087 $	4 532 641 $	10 091 944 $	(5 559 303 $)
IUCPQ	194 921 309 $	191 738 438 $	3 182 871 $	89 308 $	530 244 $	(440 936 $)
Sous-total	1 161 660 127 $	1 130 309 501 $	31 350 626 $	13 155 537 $	17 242 992 $	(4 087 455 $)
Centres d'hébergement et de soins de longue durée						
Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's	25 051 878 $	24 790 662 $	261 216 $	5 680 $	22 208 $	(16 528 $)
Sous-total	25 051 878 $	24 790 662 $	261 216 $	5 680 $	22 208 $	(16 528 $)
Centres de réadaptation						
CRDPQ	8 699 044 $	8 196 036 $	503 008 $	8 249 $	68 494 $	(60 245 $)
IRDPQ	58 040 278 $	56 446 351 $	1 593 927 $	(1 537 303 $)	380 056 $	(1 917 359 $)
CRDI de Québec	62 736 156 $	58 913 807 $	3 822 349 $	96 307 $	249 299 $	(152 992 $)
Sous-total	129 475 478 $	123 556 194 $	5 919 284 $	(1 432 747 $)	697 849 $	(2 130 596 $)
Centres de santé et de services sociaux						
CSSS de Portneuf	44 677 865 $	42 788 478 $	1 889 387 $	85 442 $	110 249 $	(24 807 $)
CSSS de la Vieille-Capitale	215 437 673 $	204 862 070 $	10 575 603 $	201 083 $	1 954 460 $	(1 753 377 $)
CSSS de Québec-Nord	159 005 659 $	149 708 050 $	9 297 609 $	784 543 $	1 589 925 $	(805 382 $)
CSSS de Charlevoix	81 961 716 $	80 063 754 $	1 897 962 $	985 729 $	713 936 $	271 793 $
Sous-total	501 082 913 $	477 422 352 $	23 660 561 $	2 056 797 $	4 368 570 $	(2 311 773 $)
Centre de protection enfance-jeunesse						
Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation						
CJQ	87 720 267 $	81 421 123 $	6 299 144 $	2 670 665 $	2 679 238 $	(8 573 $)
Sous-total	87 720 267 $	81 421 123 $	6 299 144 $	2 670 665 $	2 679 238 $	(8 573 $)
Centres d'hébergement et de soins de longue durée privés conventionnés						
CH Notre-Dame du Chemin	3 437 656 $	3 334 085 $	103 571 $			
La Champenoise (Corporation N.-D. de Bon-Secours)	505 747 $	498 951 $	6 796 $			
Centre d'hébergement du Boisé	5 092 819 $	4 970 591 $	122 228 $			
Hôpital Sainte-Monique	4 052 543 $	3 928 015 $	124 528 $			
Centre d'hébergement Saint-Jean-Eudes	18 774 748 $	20 546 251 $	(1 771 503 $)			
Centre hospitalier Saint-François inc.	2 253 918 $	2 186 223 $	67 695 $			
Centre d'hébergement Champlain-des-Montagnes	6 359 678 $	6 059 416 $	300 262 $			
Centre d'hébergement et de soins de longue durée Vigi de Saint-Augustin	5 895 543 $	5 716 796 $	178 747 $			
Sous-total	46 372 652 $	47 240 328 $	(867 676 $)			

Nom	Budget net de fonctionnement 2012-2013 (note 1)	Budget net de fonctionnement 2011-2012 (note 1)	Budget net Écart 2012-2013 et 2011-2012	Surplus (déficit) Selon AS-471 2012-2013	Surplus (déficit) Selon AS-471 2011-2012	Écart 2012-2013 et 2011-2012
				Activités principales et accessoires		
				P. 358 c.3	P. 358 c.3	
Sommaire						
Centres hospitaliers de courte durée	1 161 660 127 $	1 130 309 501 $	31 350 626 $	13 155 537 $	17 242 992 $	(4 087 455 $)
Centres d'hébergement et de soins de longue durée	25 051 878 $	24 790 662 $	261 216 $	5 680 $	22 208 $	(16 528 $)
Centres de réadaptation	129 475 478 $	123 556 194 $	5 919 284 $	(1 432 747 $)	697 849 $	(2 130 596 $)
Centres de santé et de services sociaux	501 082 913 $	477 422 352 $	23 660 561 $	2 056 797 $	4 368 570 $	(2 311 773 $)
Centre de protection enfance-jeunesse						
Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation	87 720 267 $	81 421 123 $	6 299 144 $	2 670 665 $	2 679 238 $	(8 573 $)
Centres d'hébergement et de soins de longue durée privés conventionnés	46 372 652 $	47 240 328 $	(867 676 $)			
Total	**1 951 363 315 $**	**1 884 740 160 $**	**66 623 155 $**	**16 455 932 $**	**25 010 857 $**	**(8 554 925 $)**

Note : Ne tient compte que des sommes inscrites aux extrants budgétaires du système budgétaire et financier régionalisé (SBF-R).

4.1.2 Ressources financières – Réseau

4.1.2.1 Financement des services

Au début de l'exercice, l'Agence a obtenu du financement additionnel pour couvrir l'augmentation des salaires du personnel. Cette augmentation a aussi eu un impact sur les régimes sociaux publics (45,1 M$). De plus, une somme de 9,4 M$ a été allouée pour soutenir la croissance des coûts des médicaments et des fournitures médicales.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a par ailleurs poursuivi l'application des mesures de réduction et l'Agence s'est vu imposer une diminution de crédits de 26,1 M$, dont 2,5 M$ pour la poursuite de la réduction des dépenses de nature administrative (impact du projet de loi n° 100) 19,3 M$ pour des projets d'optimisation et 4,3 M$ pour la contribution régionale à l'atteinte de l'équilibre budgétaire 2012-2013.

Au cours de l'exercice, le ministère de la Santé et des Services sociaux a accordé des budgets additionnels de 169,6 M$ qui se répartissent comme suit :

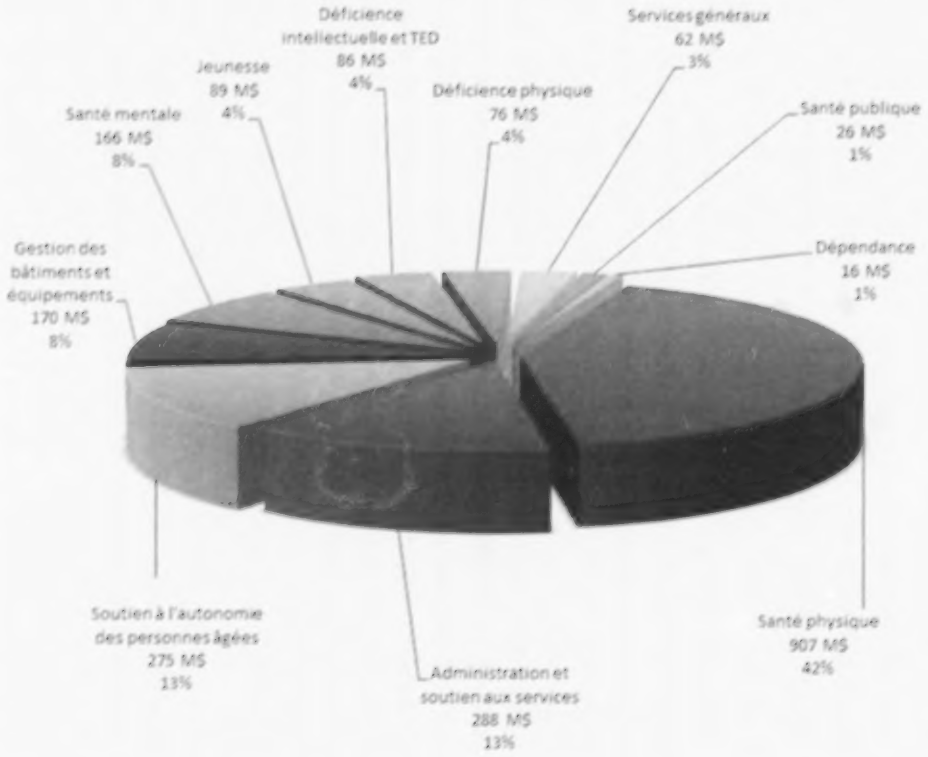
	M$
Soutien à l'autonomie des personnes âgées	31,0
Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement	3,1
Déficience physique	12,1
Dépendance	1,7
Santé mentale	6,0
Santé physique	74,0
Jeunesse	3,6
Santé publique	1,4
Services généraux	0,4
Gestion des bâtiments et équipements	5,0
Administration et soutien aux services	31,3
Total	**169,6**

Ces ajouts de crédits comprennent, entre autres, 42,2 M$ pour les mesures des nouvelles conventions collectives; 12,6 M$ pour l'entente de conciliation avec les physiothérapeutes; 15,2 M$ pour le maintien de l'équité salariale pour les salariés du réseau et 18,2 M$ pour le désengorgement des urgences.

Au chapitre de la santé physique, les sommes obtenues visent le financement des volumes additionnels en chirurgie (21,2 M$).

La figure ci-dessous présente la répartition, par programme de service, de l'utilisation de l'enveloppe régionale pour l'exercice 2012-2013, qui totalise 2 161 M$. Cette figure précise notamment que l'Agence a investi 907 M$ en santé physique, soit 42 % de l'enveloppe régionale.

Répartition de l'enveloppe 2012-2013 par programme



4.1.2.2 *Suivi financier du réseau*

Pour l'année 2012-2013, la situation financière des établissements publics de la région de la Capitale-Nationale s'est maintenue par rapport à l'exercice précédent. L'effort soutenu des établissements a contribué à présenter ce portrait financier.

4.1.2.3 *Autorisation d'emprunt*

Au cours de l'année 2012-2013, l'Agence a émis deux autorisations d'emprunts pour des projets d'immobilisations autofinancés, totalisant la somme de 1 938 426 $, ce qui représente le montant initialement approuvé.

Établissements	Nombre d'emprunts	Emprunt total
IUSMQ	1	817 486 $
CHA	1	1 120 940 $
Total	2	1 938 426 $

4.1.3 Immobilisations

Chaque année, le Ministère alloue à l'Agence un budget pour maintenir ou rénover le parc immobilier de sa région. Cette allocation permet à chaque établissement de préparer un Plan de conservation et de fonctionnalités immobilières (PCFI). Ainsi, pour l'année 2012-2013, la région a reçu 16 895 174 $ pour le volet « rénovations fonctionnelles » pour les établissements autres que les CHSLD et 44 621 469 $ pour le volet « maintien d'actifs ».

Plan de conservation et de fonctionnalités immobilières 2012-2015
Enveloppes budgétaires 2012-2013 accordées aux établissements

	Rénovations fonctionnelles	Maintien d'actifs
CSSS de Charlevoix	362 505 $	1 679 153 $
Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's	134 724 $	715 387 $
IUSMQ	1 629 443 $	6 098 937 $
CHU de Québec (HEJ et HSS)	2 025 342 $	7 325 636 $
IUCPQ	1 117 999 $	4 043 787 $
CSSS de la Vieille-Capitale	223 115 $	3 067 084 $
CSSS de Québec-Nord	239 052 $	2 194 966 $
CSSS de Portneuf	132 559 $	1 028 631 $
Agence de la Capitale-Nationale	39 507 $	142 897 $
Centre d'hébergement du Boisé ltée	0 $	43 190 $
CHU de Québec (L'HDQ, CHUL et HSFA)	3 135 674 $	11 454 983 $
IRDPQ	555 588 $	2 009 555 $
CRDI de Québec	112 330 $	406 296 $
CJQ	294 266 $	1 064 357 $
Frais de gestion alloués à l'Agence par le Ministère	225 000 $	N/A
Réserve régionale pour projets spéciaux ou urgents	6 668 070 $	3 346 610 $
Total	**16 895 174 $**	**44 621 469 $**

Ces attributions sont en fonction des sommes allouées par le Ministère pour l'exercice 2012-2013 sur la base de la valeur de remplacement ajustée des installations de chacun des établissements.

Les soldes non utilisés des réserves régionales en maintien d'actifs et en rénovations fonctionnelles pour les projets spéciaux ou urgents de l'exercice courant (2012-2013) seront ajoutés aux réserves du prochain exercice financier (2013-2014).

Les réserves régionales 2012-2013 des deux enveloppes ont été utilisées pour le financement des projets suivants mentionnés au tableau 95.

Plan de conservation et de fonctionnalités immobilières 2012-2015
Réserves régionales 2012-2013 engagées à ce jour par établissement et projet

	Rénovations fonctionnelles	Maintien d'actifs
Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's		
• Réaménagement de l'urgence de l'Hôpital Jeffery Hale (salle prétriage, accueil, attente, isolement)	350 000 $	
• Réserve travaux maintien d'actifs du pavillon Jeffery Hale (1 de 3)		500 000 $
• Réserve travaux maintien d'actifs du pavillon Jeffery Hale (2 de 3 et 3 de 3)		1 500 000 $
IUSMQ		
• Relocalisation du service régional de pastorale au U-2300 du pavillon Arthur-Vallée (montant additionnel)	13 748 $	
• Travaux supplémentaires au projet (CPNSSS) réalisés au pavillon Arthur-Vallée (montant additionnel)	43 753 $	
• Aménagement d'une unité de retraitement des dispositifs médicaux au P-1900 (provision pour regroupement régional – ANNULÉ)	(300 000) $	
• Aménagement pour le service de réadaptation au M-44 et M-45 au pavillon Central – Bloc #1 du PDI de l'IUSMQ 2012-2020	276 200 $	
• Aménagement pour l'hôpital de jour au pavillon Central (Canardière) – Bloc #1 du PDI de l'IUSMQ 2012-2020	288 800 $	
• Aménagement des réserves de l'Agence au N-2750 au pavillon Central – Bloc #1 du PDI de l'IUSMQ 2012-2020	77 000 $	
• Aménagement des réserves de l'Agence au N-2750 au pavillon Central (remboursement à la suite du financement autorisé par le Ministère) – Bloc #1 du PDI de l'IUSMQ 2012-2020	(77 000) $	
• Relocalisation des ressources externes au pavillon Landry-Poulin (Clinique Notre-Dame des Victoires) – Bloc #1 du PDI de l'IUSMQ 2012-2020	240 000 $	
• Relocalisation des ressources externes au pavillon Landry-Poulin (Faubourg Saint-Jean) – Bloc #1 du PDI de l'IUSMQ 2012-2020	446 000 $	
• Réaménagement des archives du CRDQ au pavillon Landry-Poulin	60 000 $	
• Réaménagement des archives du CRDQ (montant additionnel requis pour la protection incendie et la climatisation)	30 000 $	
CHU de Québec (HEJ et HSS)		
• Remboursement sur 5 ans à raison de 173 000 $ par an (avance de fonds de 867 000 $ pour salles de mécanique à même la réserve 2009-2010 – Fin en 2014-2015)	(173 400) $	
• Projet d'aménagement de la Clinique DMLA nécessitant le déplacement de l'échographie et de la mammographie du C-100 vers la coquille vide du O-100. Contribution de l'Agence : 50 % des aménagements requis pour la relocalisation des appareils, soit 950 000 $	950 000 $	
• Remplacement de l'appareil d'angiographie biplan (neuro-intervention) à l'HEJ	200 000 $	
• Installation d'un nouvel appareil angiographie monoplan à l'HEJ	200 000 $	
• Acquisition et installation d'un appareil IRM 3 Tesla à l'HEJ	101 000 $	

	Rénovations fonctionnelles	Maintien d'actifs
• Rehaussement du bloc opératoire à l'HSS	1 000 000 $	
IUCPQ		
• Remboursement sur 2 ans à raison de 250 000 $ par an (avance de fonds de 500 000 $ pour aménagement de la fibrose kystique adulte au pavillon Rousseau – Fin en 2012-2013)	(250 000) $	
• Réaménagement de l'urgence (contribution totale de l'Agence de 3 M$)	1 800 000 $	
• Réaménagement de l'urgence (montant additionnel)	200 000 $	
• Remplacement salle d'hémodynamie H1	200 000 $	
• Projet apnée du sommeil	500 000 $	
• Remplacement de composantes désuètes du réseau de distribution électrique (avance de fonds – Remboursement en 2013-2014 et 2014-2015)		700 000 $
CSSS de la Vieille-Capitale		
• Réaménagement des services courants du CLSC Sainte-Foy–Sillery	332 000 $	
• Mise aux normes de l'accueil, ajout de toilettes adaptées et réaménagements mineurs du secteur 3000 du Centre d'hébergement du Sacré-Cœur	75 000 $	
CSSS de Portneuf		
• Climatisation des dînettes au CHSLD de Pont-Rouge	65 000 $	
• Réfection de l'entrée en façade de l'édifice et ajout d'un ascenseur à l'Hôpital régional de Portneuf (projet abandonné – montant récupéré)	(375 000) $	
• Remplacement des bains à l'Hôpital régional de Portneuf	180 000 $	
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale		
• Ajout d'une unité de climatisation de 35 kW à la salle des serveurs (dossier de santé du Québec)	24 000 $	
CHU de Québec (L'HDQ, CHUL et HSFA)		
• Installation d'un 1er TDM au CHUL	100 000 $	
• Aménagement de la salle d'hémodynamie au CHUL	450 000 $	
• Mise en place de la clinique de procréation médicalement assistée et des activités de gynécologie dans une nouvelle construction (en attente de l'autorisation du Ministère)	1 242 000 $	
• Installation de 4 colposcopes au CHUL	150 000 $	
• Installation de 2 analyseurs (trisomie 21) au CHUL	25 000 $	
• Installation de 2 colposcopes à l'HSFA	100 000 $	
• Installation d'une caméra en médecine nucléaire à l'HSFA	150 000 $	
• Ajout de déshumidification à l'UMF Saint-François du CSSS de la Vieille-Capitale à l'HSFA	120 000 $	
• Remboursement sur 5 ans à raison de 371 000 $ par an (avance de fonds de 1,855 M$ en 2008-2009 pour la modernisation du circuit du médicament du CHUQ et installation d'appareils PACS – Fin 2013-2014)	(371 000) $	

	Rénovations fonctionnelles	Maintien d'actifs
• Acquisition et installation de 5 bains thérapeutiques pour le Centre d'hébergement d'Assise (Centre d'hébergement Saint-Jean-Eudes)	175 000 $	
• Travaux de maintien d'actifs – Projet Nazareth		200 000 $
CSSS de Charlevoix		
• Projet Plan d'intervention en cas de sinistres (PICS) – Acquisition d'accélérographes		125 000 $
• Agrandissement et transformation du Centre Pierre-Dupré : 20 M$, dont 11,11 M$ en provenance de la réserve Agence (2 M$ 2012 -2013 et 1,822 M$ par an 2013-2014 à 2017-2018) – Sujet à l'approbation du conseil d'administration de l'Agence au cours de l'année 2013-2014	2 000 000 $	
CSSS de Québec-Nord		
• Réaménagement des services courants de l'UMF Maizerets	176 720 $	
Centre d'hébergement du Boisé ltée		
• Réfection du débarcadère de livraison (avance de fonds – Remboursement en 2013-2014)		4 541 $
• Installation de 2 dispositifs antirefoulement sur les circuits au glycol du réseau des gicleurs (avance de fonds – Remboursement en 2013-2014 et 2014-2015)		10 000 $
Total des engagements 2012-2013	**10 794 821 $**	**3 039 541 $**
Total des réserves 2012-2013	**6 668 070 $**	**3 346 610 $**
Solde des réserves des années antérieures	**6 015 260 $**	**674 417 $**
Solde disponible à reporter en 2013-2014	**1 888 509 $**	**981 486 $**

Liste des projets de construction et de rénovations fonctionnelles de plus de 5 M$

Projets de plus de 5 M$

Projet	Étape autorisée	Coût connu au 31 mars 2013
HEJ – Nouvelle construction – Sciences neurologiques	Programme fonctionnel et technique (PFT)	77,3 M$
HSS – Centre des maladies du sein et urgence		En évaluation
IUCPQ – Agrandissement pour le service d'électrophysiologie		25,8 M$
IUCPQ – Relocalisation de l'imagerie médicale et ajout d'un deuxième tomodensitomètre		9,0 M$
CHUL – Clinique de procréation médicalement assistée		28,4 M$
Hôpital Sainte-Monique – Relocalisation CHSLD 64 lits, privé conventionné		18,5 M$
Construction d'un nouvel hôpital à Baie-Saint-Paul	Dossier d'affaires initial (DAI) et (PFT)	376 M$

Projet	Étape autorisée	Coût connu au 31 mars 2013
Construction d'un nouvel hôpital à La Malbaie		En évaluation
Agrandissement de L'Hôtel-Dieu de Québec	Dossier d'affaires final (DAF)	715,6 M$
Centre de recherche de l'**IUCPQ** – Phase 4 du projet	Mise à l'étude	23,1 M$
Rénovations majeures du Centre d'hébergement Saint-Augustin à Beauport		28,6 M$
Région 03 – Construction d'une nouvelle buanderie régionale (Partagec)		30,1 M$
Agrandissement du site Cardinal-Villeneuve de l'IRDPQ	Exécution	30,9 M$
Centre de recherche de l'**IUCPQ** – Lot C de la phase 3		8,3 M$
Rénovations fonctionnelles reliées au plan directeur immobilier de l'**IUSMQ** – Autofinancé		40,9 M$

De plus, le Ministère a accordé des montants dédiés spécifiquement au financement (partiel ou global) de certains projets à priorité ministérielle aux établissements suivants :

- CSSS de Charlevoix : 6 370 000 $ autorisés le 30 novembre 2012 pour financer en partie la réalisation des travaux de maintien d'actifs qui consiste à réaliser une réhabilitation parasismique à l'Hôpital de La Malbaie;
- Centre jeunesse de Québec : 500 000 $ autorisés le 4 mars 2013 pour financer la réalisation des mesures de développement durable (projet d'économie d'énergie);
- CHU de Québec : 1 922 250 $ autorisés le 11 mai 2012 pour financer (75 %) l'aménagement permanent de la dégénérescence maculaire liée à l'âge au 1er étage de l'aile C de l'Hôpital du Saint-Sacrement, y compris la relocalisation de l'échographie et de la mammographie dans l'aile O-100 ainsi que l'acquisition du mobilier et des équipements,
- 746 750 $ autorisés le 31 août 2012 pour compléter le financement (25 %) du projet de consolidation et de développement des services de curiethérapie à L'Hôtel-Dieu de Québec,
- 1 224 750 $ autorisés le 2 novembre 2012 pour compléter le financement (25 %) du projet d'agrandissement et de réaménagement du Service de pathologie de l'Hôpital du Saint-Sacrement,
- 1 300 000 $ autorisés le 18 janvier 2013 pour financer la réalisation des travaux urgents de la consolidation des nouvelles casernes situées sur la rue de l'Arsenal à Québec;
- Institut universitaire en santé mentale de Québec : 1 249 750 $ autorisés le 3 décembre 2012 pour compléter le financement (25 %) du projet d'aménagement de 64 lits en unités transitoires d'hébergement et de soins de longue durée au bénéfice du Centre de santé et de services sociaux de Québec-Nord;
- Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale : 625 000 $ autorisés le 3 août 2012 pour compléter le financement (25 %) du projet de réaménagement fonctionnel de l'Unité de médecine familiale du CSSS de la Vieille-Capitale, située à l'Hôpital Saint-François d'Assise.

4.1.4 Volet « Équipement »

Attribution du solde du fonds régional en équipement 2012-2013	
• Région 03 – Plan de conservation en équipement et mobilier – Volet équipement médical – Quote-part aux établissements	28 452 485 $
• Région 03 – Plan de conservation en équipement et mobilier – Volet équipement non médical et mobilier – Quote-part aux établissements	6 780 103 $
• Réserve régionale – Volet équipement médical	3 359 712 $
• Réserve régionale – Volet équipement non médical et mobilier	351 318 $
Sous-total	**38 943 618 $**

Utilisation de la réserve régionale en équipement médical 2012-2013	
• CSSS de Québec-Nord – Achat de 4 respirateurs volumétriques pour la clientèle hébergée – Portion	11 944 $
• CSSS de Québec-Nord – Maintien du parc régional de concentrateurs d'oxygène pour la clientèle hébergée	20 000 $
• CHU de Québec – Centre d'excellence en rhinosinusologie – Portion	407 620 $
• CHU de Québec – Appareil de tomographie axial – Portion	750 000 $
• IUCPQ – Appareil d'hémodynamie – Salle H1 – Portion	250 000 $
• Projet régional de remplacement des pompes à perfusion – Phase 1	3 500 000 $
• CSSS de Charlevoix – Appareil de mammographie DR – Hôpital de La Malbaie	220 000 $
• CSSS de la Vieille-Capitale – Appareil d'échographie cardiaque – Portion	64 382 $
Total	**5 223 946 $**

Variation de la réserve régionale en équipement médical 2012-2013	
• Transfert de crédits pour développement (CSSS de Québec-Nord, CSSS de Portneuf)	(68 182)$
• Transfert de l'enveloppe équipement médical vers l'enveloppe équipement non médical et mobilier (CRDQ, CJQ, CRDIQ)	105 063 $
• Réserve régionale (solde des années antérieures)	3 204 168 $
• Réserve régionale 2012-2013	3 359 712 $
• Utilisation de la réserve en équipement médical 2012-2013	(5 223 946)$
• Solde de fonds pour les imprévus et les projets régionaux et spéciaux pour 2012-2013 (ce solde sera reporté dans la réserve 2013-2014)	1 376 815 $

Utilisation de la réserve régionale en équipement non médical et mobilier 2012-2013	
• Région 03 – Réserve pour véhicules adaptés	300 000 $
Total	**300 000 $**

Variation de la réserve régionale en équipement non médical et mobilier 2012-2013	
• Transfert de l'enveloppe équipement médical vers l'enveloppe équipement non médical et mobilier (CRDQ, CJQ, CRDIQ)	(105 063)$
• Réserve régionale (solde des années antérieures)	108 240 $
• Réserve régionale 2012-2013	351 218 $
• Utilisation de la réserve en équipement non médical et mobilier 2012-2013	(300 000)$
• Solde de fonds pour les imprévus et les projets régionaux et spéciaux pour 2012-2013 (ce solde sera reporté dans la réserve régionale 2013-2014)	54 395 $

Attribution de l'enveloppe consolidation 2012-2013	**1 077 380 $**
Utilisation de l'enveloppe consolidation de services 2012-2013	
• CHUQ – Panogramme-céphalogramme (1X) et moteurs multifonctions (2X)	155 000 $
• CHUQ – Chariots d'entreposage d'endoscopes (2X)	13 200 $
• CHUQ – Ajout d'un appareil d'échographie (Programme québécois de dépistage de la trisomie 21 et Programme d'enseignement en échographie obstétricale) – CHUL du CHU de Québec	125 000 $
• CHA – Appareil d'échographie – Introduction de technologues autonomes – Hôpital du Saint-Sacrement du CHU de Québec	125 000 $
• Centre d'hébergement du Boisé ltée – Ajout d'une civière-douche	7 695 $
• CHU de Québec et CSSS de Charlevoix – Ajout de consoles diagnostiques pour le projet de téléthrombolyse	60 000 $
• CHUQ de Québec – Centre d'excellence en rhinosinusologie – Portion	309 309 $
Total	**795 204 $**
• Solde antérieur	0 $
• Récupération de crédits d'autres fonds	139 357 $
• Solde de fonds pour les imprévus et les projets régionaux et spéciaux pour 2012-2013 (ce solde sera reporté dans la réserve régionale 2013-2014)	421 533 $

Autorisations particulières 2012-2013 Fonds d'équipement : Ajout d'équipement	
• CHA –Acquisition partielle du mobilier et d'équipement dans le cadre du projet d'agrandissement et de réaménagement du Service de pathologie de l'Hôpital du Saint-Sacrement du CHU de Québec	671 000 $
• CHA – Acquisition du mobilier et d'équipement requis dans le cadre du projet d'agrandissement et de réaménagement du Service de pathologie de l'Hôpital du Saint-Sacrement du CHU de Québec	830 500 $
• CHUQ – Acquisition d'équipement relié à l'ajout de 5 lits de soins intensifs en néonatalogie du Centre mère-enfant du CHU de Québec pour consolider efficacement l'offre et l'organisation de ces services	627 000 $
• CHUQ – Acquisition d'équipements spécialisés reliés à la mise en place d'une équipe spécialisée en néonatalogie pour soutenir les services de transport aérien ainsi que pour assurer les transports terrestres spécialisés en néonatalogie pour l'Est-du-Québec par le CHUL du CHU de Québec	200 000 $

• CHUQ – Acquisition d'un deuxième analyseur et les coûts relatifs à l'interface informatique pour le Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21 au CHUL du CHU de Québec	220 000 $
• CHUQ – Acquisition d'équipement nécessaire au dépistage de l'anémie falciforme pour le Programme québécois de dépistage néonatal sanguin au CHUL du CHU de Québec	582 000 $
Sous-total	**3 130 500 $**

Autorisation particulière 2012-2013 (projet de construction centralisé de plus de 5 M$)	
• Aucune	0 $

Aides techniques aux personnes handicapées – Subvention récurrente 2012-2013	
• IUCPQ – Financement de l'ajout et du remplacement de l'équipement dédié au Programme national d'oxygénothérapie à domicile (PNOD)	139 324 $
• IUCPQ – Aides à la ventilothérapie à domicile et appareils amortissables en oxygénothérapie – Récurrent (fiduciaire national) : acquisition ou renouvellement de l'équipement pour le service régional des soins respiratoires spécialisés à domicile	142 524 $
Sous-total	**281 848 $**

Équipement – Soutien à domicile – Subvention non récurrente 2012-2013	
• Ensemble des CSSS – Équipement des aides techniques au service du soutien à domicile (SAD)	175 692 $
• CSSS de Québec-Nord – Fiduciaire Parc régional d'équipement technique – Financement achat d'équipement médical et des aides techniques nécessaires au soutien à domicile	527 075 $
• CSSS de Québec-Nord – Parc régional centralisé des aides techniques – Financement de l'équipement amortissable acquis en cours d'année relativement aux aides à la vie quotidienne et à la vie domestique	212 165 $
Sous-total	**914 932 $**

Dépenses de nature capitalisable 2012-2013	
Sous-total	**4 108 465 $**

Grand-total des investissements - Volet « Équipement »	**48 456 743 $**

Subvention de la Fondation canadienne pour l'innovation (FCI) 2012-2013	
• Financement de 8 projets divers	1 156 236 $
Total	**1 156 236 $**

4.1.5 Subventions aux organismes communautaires

L'Agence a mis sur pied, le 12 mars 1998 (résolution 45-CA-07), la Politique de reconnaissance et de soutien des organismes communautaires. Cette politique a été mise à jour en décembre 2004. En adoptant cette politique, elle s'est donné des orientations et un cadre de référence dans ses rapports de partenariat avec les organismes communautaires qui agissent dans le secteur de la santé et des services sociaux dans la région de la Capitale-Nationale.

Cette politique précise notamment les modes de financement des organismes communautaires (principalement par le Programme de soutien aux organismes communautaires [PSOC]) ainsi que les critères d'admissibilité au financement et à la reddition de comptes.

Le soutien financier accordé aux organismes communautaires pour l'année financière 2012-2013 l'a été dans le respect des orientations et des normes édictées par cette politique.

Type d'organismes communautaires au PSOC	Nombre d'organismes
• Organismes en promotion et services	205
• Organismes en maintien à domicile	29
Total	**234**

Programme de soutien aux organismes communautaires	
Sommaire	
Financement de base	
• Aide et entraide	9 653 090 $
• Sensibilisation, promotion et défense des droits	1 629 243 $
• Hébergement communautaire	6 455 443 $
• Milieux de vie	14 280 146 $
Financement par objectifs	6 247 156 $
Sous-total	**38 265 078 $**
Plan d'action régional de Santé publique	
• Violence, abus et négligence envers les enfants	
• et troubles de comportement des jeunes	14 920 $
• Violence faite aux femmes en milieu familial	35 886 $
• Toxicomanie	23 248 $
• Santé mentale	63 074 $
• Obstacles à l'intégration sociale des personnes âgées	111 247 $
• Lutte à la pauvreté	141 898 $
• Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)	642 559 $
Sous-total	**1 032 832 $**
Autres sources de financement	
• Programme santé mentale	1 823 791 $
• Autres programmes	336 754 $
• Programme d'aide aux joueurs pathologiques	203 764 $
Sous-total	**2 364 309 $**
Total	**41 662 219 $**

4.2 Rapports de la direction

4.2.1 Déclaration de fiabilité des données et des contrôles afférents de l'Agence

Exercice terminé le 31 mars 2013

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats et spécifiquement, au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans ce rapport annuel de gestion 2012-2013 de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale ainsi que les contrôles y afférents, sont fiables et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2013.

Guy Thibodeau
Président-directeur général

4.2.2 Rapport de la direction

Exercice terminé le 31 mars 2013

Le rapport financier annuel du 31 mars 2013, lequel inclut les états financiers, a été complété par la direction de l'Agence qui est responsable de sa préparation et de sa présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôle interne qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que toutes les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire de l'information financière et non financière fiable.

La direction a vu à ce que toutes les pages du formulaire AS-475 (copie papier) et le fichier de format prescrit du rapport financier annuel du 31 mars 2013 transmis au ministère de la Santé et des Services sociaux soient identiques. De plus, elle s'est assurée du respect des concordances applicables à l'Agence.

La direction reconnaît qu'elle est responsable de gérer les affaires de l'Agence conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et non financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers, compris sous la section auditée du rapport financier annuel, ont été audités par l'auditeur dûment mandaté pour se faire conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. L'auditeur peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Guy Thibodeau
Président-directeur général

Manon Bisson, CPA, CGA
Directrice régionale du financement
et des projets d'optimisation

4.3 Rapport de l'auditeur indépendant et états financiers résumés de l'Agence

4.3.1 Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Raymond Chabot
Grant Thornton

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
Bureau 200
140, Grande Allée Est
Québec (Québec) G1R 5P7

Téléphone : 418 647-3151
Télécopieur : 418 647-5939
www.rcgt.com

Aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2013 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation de la dette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale pour l'exercice terminé le 31 mars 2013. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 13 juin 2013 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale pour

Société de comptables professionnels agréés
Member of Grant Thornton International Ltd

l'exercice terminé le 31 mars 2013 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2013-013 (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent une anomalie équivalente à celle des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale pour l'exercice terminé le 31 mars 2013.

L'anomalie que comporte les états financiers audités est décrite dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 13 juin 2013. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les contrats de location d'immeubles conclus avec la Société immobilière du Québec sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation alors que, selon la note d'orientation concernant la comptabilité NOSP-2, « Immobilisations corporelles louées », du *Manuel de l'Institut Canadien des Comptables Agréés*, il s'agit plutôt de contrats de location-acquisition. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2013 et 2012 n'ont pu être déterminées au prix d'un effort raisonnable.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale au 31 mars 2013 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette, de ses gains et pertes de réévaluation et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Raymond Chabot Grant Thornton, S.E.N.C.R.L.[1]

Québec
Le 13 août 2013

[1] CPA auditrice, CA permis de comptabilité publique n° A119912

4.3.2 État du suivi des réserves, commentaires et observations formulés par l'auditeur indépendant

Description des réserves, commentaires et observations	Année 2012-2013	Nature (R, O ou C)	Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée	État de la problématique au 31 mars 2013		
				R	PR	NR
1	2	3	4	5	6	7
Signification des codes : Colonne 3 : R : pour réserve O : pour observation C : pour commentaire			Colonnes 5, 6 et 7 : R : pour réglé PR : pour partiellement réglé NR : pour non réglé			
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance salaire ne sont pas comptabilisés aux bilans totaux.	2011-2012	R	Les provisions sont maintenant inscrites aux bilans à compter du présent exercice financier.	X		
Les contrats de locations d'immeubles conclus entre l'Agence et la Société immobilière du Québec ne sont pas comptabilisés comme étant des contrats location-exploitation.	2011-2012	R	Cette réserve est connue, et autorisée par le MSSS, et ce, pour l'ensemble des établissements du réseau de la santé et des services sociaux.			X
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des modalités de la directive ministérielle relative aux conditions de rémunération offertes lors de l'octroi de certains mandats						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Rapport à la gouvernance						
Services préhospitaliers d'urgence : écart de 15 % plus long entre la distance inscrite et la distance sur une carte routière.	2011-2012	C	L'Agence a demandé à l'entreprise ambulancière de corriger la facture selon le kilométrage réel.	R		
Services préhospitaliers d'urgence : lors de la validation de la suite numérique des formulaires AS-810, certains formulaires sont manquants, le système SISPUQ ne fournit aucune information concernant lesdits formulaires manquants.	2008-2009	C	Il s'agit d'une lacune connue par le MSSS, la production de formulaire électronique est à l'étude.			NR
Frais de déplacement : un frais de repas a été payé en double à un employé.	2011-2012	C	L'Agence a demandé et obtenu le remboursement de la part de l'employé. Des contrôles plus serrés ont été mis en place.	R		
Écriture de journal : les écritures de journal sont approuvées par une personne, mais aucun contrôle n'est effectué à la liste numérique.	2011-2012	C	L'Agence est en changement de système comptable, ce processus sera assurément révisé.			NR
Signature électronique et approbation des chèques émis : étant donné la signature électronique des chèques, un employé pourrait émettre un chèque sans l'approbation réelle des signataires.	2012-2013	C	L'Agence est en changement de système comptable, ce processus sera réévalué afin d'enrayer la situation.			NR

4.3.3 États financiers cumulés

État cumulé des résultats

Exercice terminé le 31 mars 2013

	Exercice courant $	Exercice précédent $
REVENUS		
Subventions MSSS	80 352 080	108 933 362
Subventions gouvernement du Canada	49 492	73 700
Contributions des établissements	284 521	410 554
Ventes de services et recouvrements	2 033 507	2 149 937
Revenus de placements	178 976	264 841
Revenus de type commercial		
Gains sur dispositions d'immobilisations		
Autres revenus	11 278 669	12 696 303
Total des revenus	94 177 245	124 528 697
CHARGES		
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	18 171 958	19 703 638
Dépenses de transfert	51 206 628	49 201 233
Services achetés	5 046 376	4 127 646
Amortissement des immobilisations	1 451 837	17 394 952
Pertes sur dispositions d'immobilisations		9 289 335
Frais financiers	8 807 411	11 383 361
Loyers	1 033 515	1 001 990
Entretien et réparation, y compris les dépenses non capitalisables relatives aux immobilisations	3 039 652	2 527 197
Créances douteuses		
Autres charges	3 868 655	14 379 711
Total des charges	92 626 032	129 009 063
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	1 551 213	(4 480 366)

4.3.4 États financiers cumulés

État cumulé des surplus (déficits) cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2013

	Exercice courant $	Exercice précédent $
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	7 267 187	18 439 384
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures		(6 691 831)
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures		
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT REDRESSÉS	7 267 187	11 747 553
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	1 551 213	(4 480 366)
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN	8 818 400	7 267 187
Constitués des éléments suivants		
Affectations d'origine externe		
Affectations d'origine interne		
Solde non affecté	8 818 400	7 267 187
Total	8 818 400	7 267 187

4.3.5 États financiers cumulés

État cumulé de la situation financière

Exercice terminé le 31 mars 2013

	Exercice courant $	Exercice précédent $
ACTIFS FINANCIERS		
Encaisse (découvert bancaire)	15 437 718	15 091 788
Placements temporaires		
Débiteurs MSSS et FINESSS	5 973 636	1 299 481
Autres débiteurs	1 047 311	2 348 371
Avances de fonds aux agences et aux établissements publics	68 066 143	53 523 008
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - réforme comptable	195 123 193	232 091 435
Placements de portefeuille		
Frais reportés liés aux dettes	245 535	211 744
Autres éléments d'actifs financiers	5 600	450
Total des actifs financiers	285 899 136	304 566 277
PASSIFS		
Emprunts temporaires	240 347 753	210 748 951
Créditeur MSSS		194 796
Autres créditeurs et charges à payer	6 339 023	7 952 730
Passif au titre des avantages sociaux futurs	2 054 833	2 065 200
Avances de fonds en provenance des agences et des établissements publics		
Revenus reportés	9 983 051	7 994 287
Dettes à long terme	168 562 154	206 179 076
Passifs environnementaux		
Autres éléments de passifs	120 801	
Total des passifs	427 407 615	435 135 040
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(141 508 479)	(130 568 763)
ACTIFS NON FINANCIERS		
Immobilisations	150 323 036	137 809 201
Stocks de fournitures		
Frais payés d'avance	3 843	26 749
Total des actifs non financiers	150 326 879	137 835 950
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	8 818 400	7 267 187

4.3.6 États financiers cumulés

État cumulé de la variation des actifs financiers nets (dette nette)

Exercice terminé le 31 mars 2013

	Exercice courant $	Exercice précédent $
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	(130 568 763)	(108 517 048)
Modifications comptables avec retraitement des années antérieures		(6 691 831)
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures		
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) AU DÉBUT REDRESSÉS	(130 568 763)	(115 208 879)
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	1 551 213	(4 480 366)
VARIATIONS DUES AUX IMMOBILISATIONS		
Acquisitions	(17 265 672)	(44 120 998)
Amortissement	1 451 837	17 394 952
(Gains) Pertes sur dispositions		9 289 335
Produits sur dispositions	3 300 000	
Réduction de valeurs		6 557 193
Autres éléments		
Total des variations dues aux immobilisations (L.06 à L.11)	(12 513 835)	(10 879 518)
VARIATIONS DUES AUX STOCKS DE FOURNITURES		
Acquisitions		
Utilisation		
Total des variations dues aux stocks de fournitures	---	---
VARIATIONS DUES AUX FRAIS PAYÉS D'AVANCE		
Acquisitions	22 906	
Utilisation		
Total des variations dues aux frais payés d'avance	22 906	
AUGMENTATION (DIMINUTION) DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(10 939 716)	(15 359 884)
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE) À LA FIN	(141 508 479)	(130 568 763)

4.3.7 États financiers cumulés

État cumulé des flux de trésorerie

Exercice terminé le 31 mars 2013

	Exercice courant $	Exercice précédent $
ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT		
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	1 551 213	(4 480 366)
Éléments sans incidence sur la trésorerie		
Créances douteuses		
Provisions liées aux placements et garanties de prêts		
Stocks et frais payés d'avance	22 906	
Pertes (Gains) sur dispositions d'immobilisations		9 289 335
Pertes (Gains) sur dispositions de placements		
Amortissement des revenus reportés liés aux immobilisations		
Gouvernement du Canada		
Autres		
Amortissement des immobilisations	1 451 837	17 394 952
Réduction de la valeur des immobilisations		6 557 193
Amortissement des frais reportés liés aux dettes	58 919	
Amortissement de l'escompte et de la prime		
Amortissement de la perte (gain) de change reportée		
Autres éléments sans incidence sur la trésorerie (préciser)		(120 327)
Total des éléments sans incidence sur la trésorerie	1 533 662	33 121 153
Variation des actifs financiers et des passifs liés aux activités de fonctionnement	(17 723 395)	41 674 945
FLUX DE TRÉSORERIE PROVENANT DES (OU UTILISÉS POUR LES) ACTIVITÉS DE FONCTIONNEMENT	(14 638 520)	70 315 732
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS		
Acquisitions	(17 265 672)	(44 120 998)
Produits sur dispositions	3 300 000	
FLUX DE TRÉSORERIE PROVENANT DES (OU UTILISÉS POUR LES) ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT EN IMMOBILISATIONS	(13 965 672)	(44 120 998)
ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT		
Variation des placements de portefeuille		
Placements effectués		
Produits sur dispositions et de rachats de placements		
Placements réalisés		
Variation d'autres éléments		
Subvention à recevoir - réforme comptable	36 968 242	8 801 484
FLUX DE TRÉSORERIE PROVENANT DES (OU UTILISÉS POUR LES) ACTIVITÉS D'INVESTISSEMENT	36 968 242	8 801 484

	Exercice courant $	Exercice précédent $
ACTIVITÉS DE FINANCEMENT		
Variation des dettes		
Emprunts effectués - Dettes à long terme	18 541 796	14 766 220
Emprunts effectués - Refinancement de dettes à long terme		
Emprunts remboursés - Dettes à long terme	(38 725 503)	(38 366 401)
Emprunts remboursés - Refinancement de dettes à long terme	(17 433 215)	(13 635 953)
Capitalisation de l'escompte et de la prime		
Capitalisation des gains ou des pertes de change		
Variation des emprunts temporaires effectués - Fonds d'exploitation		
Emprunts temporaires effectués - Fonds d'immobilisations	157 538 314	146 878 643
Emprunts temporaires effectués - Refinancement fonds d'immobilisations		
Emprunts temporaires remboursés - Fonds d'immobilisations	(109 397 716)	(132 802 445)
Emprunts temporaires remboursés - Refinancement fonds d'immobilisations	(18 541 796)	(14 766 219)
FLUX DE TRÉSORERIE PROVENANT DES (OU UTILISÉS POUR LES) ACTIVITÉS DE FINANCEMENT	(8 018 120)	(37 926 155)
AUGMENTATION (DIMINUTION) DE LA TRÉSORERIE ET DES ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE	345 930	(2 929 937)
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE AU DÉBUT	15 091 788	18 021 725
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN	15 437 718	15 091 788
TRÉSORERIE ET ÉQUIVALENTS DE TRÉSORERIE À LA FIN COMPRENNENT		
Encaisse	15 437 718	15 091 788
Placements temporaires dont l'échéance n'excède pas 3 mois		
Total	15 437 718	15 091 788
AUTRES RENSEIGNEMENTS		
Immobilisations		
Comptes à payer sur les immobilisations		661 049
Intérêts		
Intérêts créditeurs (revenus)		
Intérêts encaissés (revenus)		
Intérêts débiteurs (charges)		
Intérêts déboursés (charges)		
Placements temporaires		
Échéance inférieure ou égale à 3 mois		
Solde au 31 mars		
Échéance supérieure à 3 mois		
Placements effectués		
Placements réalisés		
Solde au 31 mars		

4.3.8 Fonds d'exploitation

Résultats

Exercice terminé le 31 mars 2013

	Activités principales		Activités accessoires	
	Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
REVENUS				
Subventions MSSS				
Budget signifié	15 165 305	14 884 168	198 523	174 703
(Diminution) ou augmentation du financement	591 633	670 982		54 215
Variation des revenus reportés - MSSS	(49 840)	(565)	(48 307)	
Variation de la subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	24 409			
	15 731 507	15 554 585	150 216	228 918
Revenus de placements	17 671	24 141	54 481	49 091
Revenus d'autres sources				
Ventes de services et recouvrements	1 703 635	2 031 276	80 897	
Subventions gouvernement du Canada	44 492	7 000		
Autres revenus	237 526	432 508		132 246
	17 734 831	18 049 510	285 594	410 255
CHARGES				
Salaires	9 190 885	9 766 883	46 981	46 667
Avantages sociaux	2 605 684	2 429 002	9 676	8 104
Charges sociales	1 231 535	1 243 828	5 164	5 529
Frais de déplacement et de représentation du conseil d'administration	131 546	115 275		
Services achetés	944 839	715 438	55 468	
Publicité et communication	167 251	188 449	75 833	113 035
Loyers	993 540	969 518		
Location d'équipement	49 444	71 726		
Fournitures de bureau	169 362	182 692	219	
Dépenses de transferts	150 833	89 897	30 000	163 294
Entretien et réparations	506 937	638 565		
Autres charges	1 010 099	926 540	55 000	26 607
	17 151 955	17 337 813	278 341	363 236
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	582 876	711 697	7 253	47 019
Renseignement à titre informatif seulement				
Contributions de l'avoir propre (+)				
En provenance du fonds des activités régionalisées (+)	194 038	193 000		
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	(86 866)	(178 671)		
Affectées à d'autres fonds (-)	(193 909)	(152 126)		
Surplus (Déficit) de l'exercice, après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	496 139	573 900	7 253	47 019

4.3.9 Fonds des activités régionalisées

Résultats

	Exercice terminé le 31 mars 2013	
	Exercice courant	**Exercice précédent**
	$	**$**
REVENUS		
Crédits régionaux destinés aux établissements	8 737 229	8 549 236
Variation des revenus reportés - MSSS	432 627	(473 809)
Contributions des établissements	284 521	410 554
Revenus de placements	26 470	56 380
Revenus d'autres sources		
Ventes de services et recouvrements	248 975	118 661
Subventions gouvernement du Canada		21 258
Autres revenus	84 666	(391 903)
	9 814 488	8 290 377
CHARGES		
Salaires	3 370 225	3 373 958
Avantages sociaux	832 697	847 392
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	177 925	177 691
Charges sociales - Autres	285 406	282 305
Frais de déplacement et de représentation	47 863	45 557
Services achetés	2 416 948	2 084 833
Publicité et communication	237 674	207 372
Loyers	39 975	32 472
Dépenses de transferts	240 533	201 188
Fournitures de bureau	37 431	102 430
Entretien et réparations	1 169 481	1 888 632
Autres charges	494 918	133 958
	9 351 076	9 377 788
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	463 412	(1 087 411)
Renseignement à titre informatif seulement		
Contributions de l'avoir propre et interfonds		
En provenance du fonds d'exploitation (+)	193 908	
En provenance du fonds des activités régionalisées (+)	514 921	530 404
En provenance de fonds affectés (+)	205 694	705 550
Affectées au fonds d'exploitation (-)	(194 038)	(193 000)
Affectées au fonds des activités régionalisées (-)	(514 919)	(343 164)
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	(777 095)	(289 125)
Autres transferts interfonds		(4 846 021)
Surplus (Déficit) de l'exercice, après contributions de l'avoir propre et transferts interfonds	(108 117)	(5 522 767)

4.3.10 Fonds d'immobilisations

Résultats

Exercice terminé le 31 mars 2013

	Exercice courant $	Exercice précédent $
REVENUS		
Ministère de la Santé et des Services sociaux		
Subventions pour le remboursement de la dette-capital	1 995 162	27 524 962
Subventions pour le remboursement de la dette-intérêts	8 861 601	11 029 144
Autres revenus		2 002 282
	10 856 763	40 556 388
CHARGES		
Frais financiers		
Intérêts sur emprunts temporaires et sur la dette	8 748 492	11 344 717
Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	58 919	38 644
Dépenses d'immobilisations non capitalisables		
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	220 003	1 294 999
Services achetés	12 540	
Autres charges non capitalisables	1 363 234	
Amortissement des immobilisations	1 451 837	17 394 952
Perte sur dispositions d'immobilisations		9 289 335
	11 855 025	39 362 647
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	(998 262)	1 193 741
Renseignement à titre informatif seulement		
Contributions (provenance)		
Fonds d'exploitation - Activités principales (+)	86 866	178 671
Fonds des activités régionalisées (+)	777 095	289 125
Fonds affectés (+)	104 686	28 249
Surplus (Déficit) de l'exercice, après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	(29 615)	1 689 786

4.3.11 Fonds d'exploitation

Solde de fonds

Exercice terminé le 31 mars 2013

	Activités principales $	Avoir propre $	Exercice courant total $	Exercice précédent $
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	1 109 766	3 262 423	4 372 189	3 751 270
ACTIVITÉS PRINCIPALES				
Surplus (Déficit) de l'exercice des activités principales (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	582 876		582 876	711 697
Transferts interfonds (provenance)				
Contributions du fonds des activités régionalisées (+)		194 038	194 038	193 000
Transferts interfonds (affectations)				
Contributions au fonds d'immobilisations (-)		(86 866)	(86 866)	(178 671)
Contributions à d'autres fonds (-)		(193 909)	(193 909)	(152 126)
ACTIVITÉS ACCESSOIRES				
Surplus (Déficit) de l'exercice des activités accessoires (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)		7 253	7 253	47 019
AUTRES ÉLÉMENTS				
Libération de surplus				
Variation de l'exercice	582 876	(79 484)	503 392	620 919
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN	1 692 642	3 182 939	4 875 581	4 372 189

4.3.12 Fonds d'immobilisations – Fonds des activités régionalisées

Solde de fonds

Exercice terminé le 31 mars 2013

	Fonds d'immobilisations		Fonds des activités régionalisées	
	Exercice courant $	Exercice précédent $	Exercice courant $	Exercice précédent $
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	1 689 786		258 972	8 117 882
Additions (Déductions)				
Surplus (Déficit) de l'exercice (avant les contributions interfonds et de l'avoir propre)	(998 262)	1 193 741	463 412	(1 087 411)
Transferts interfonds (provenance)				
Contributions du fonds d'exploitation (+)	86 866	178 671	193 908	
Contributions des activités régionalisées (+)	777 095	289 125	514 921	530 404
Contributions de fonds affectés (+)	104 686	28 249	205 694	705 550
Transferts interfonds (affectations)				
Contributions du fonds d'exploitation (-)			(194 038)	(193 000)
Contributions au fonds des activités régionalisées (-)			(514 919)	(343 164)
Contributions à des fonds affectés (-)				
Contributions au fonds d'immobilisations (-)			(777 095)	(289 125)
Autres transferts interfonds				(4 846 021)
Autres additions (déductions)				(2 336 143)
Variation de l'exercice	(29 615)	1 689 786	(108 117)	(7 858 910)
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN	1 660 171	1 689 786	150 855	258 972

4.3.13 Fonds d'exploitation – Fonds des activités régionalisées

Bilan

Exercice terminé le 31 mars 2013

	Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
	Exercice courant	Exercice précédent	Exercice courant	Exercice précédent
	$	$	$	$
ACTIF				
Encaisse	6 031 789	5 575 876	1 979 060	3 469 853
Débiteurs				
MSSS	644 795	194 796	1 694 566	528 979
Établissements publics	135 906	110 056	36 136	234 584
Gouvernement du Canada				21 258
Autres débiteurs	436 146	580 102	204 932	137 739
Frais payés d'avance	3 843	26 749		
Subvention à recevoir aux avantages sociaux futurs	1 522 658	1 537 491	315 537	317 563
Autres éléments d'actifs			450	450
Total de l'actif	8 775 137	8 025 070	4 230 681	4 710 426
PASSIF				
Découvert de banque			586 084	175 205
Créditeurs et autres charges à payer				
MSSS		194 796		
Établissements publics	35 069	58 397	42 241	235 701
Salaires courus à payer	776 289	811 868	5 433	7 244
Fonds des services de santé (FSSS) à payer	28 403			
Autres créditeurs et charges à payer	657 503	375 834	450 576	753 037
Passif au titre des avantages sociaux futurs	1 588 785	1 635 863	453 781	416 263
Autres revenus reportés	813 507	576 123	2 541 711	2 864 004
	3 899 556	3 652 881	4 079 826	4 451 454
SOLDE DE FONDS	4 875 581	4 372 189	150 855	258 972
Total du passif et du solde de fonds	8 775 137	8 025 070	4 230 681	4 710 426

4.3.14 Fonds d'immobilisations

Bilan

Exercice terminé le 31 mars 2013

	Exercice courant	Exercice précédent
	$	$
ACTIF		
Encaisse	456 615	
Avances de fonds aux agences et aux établissements publics	68 066 143	53 523 008
Débiteurs		
Autres débiteurs		98 502
Immobilisations	150 323 036	137 809 201
Subvention à recevoir - réforme comptable	193 277 168	230 226 405
Frais reportés liés aux dettes	245 535	211 744
Autres éléments d'actifs		
Total de l'actif	412 368 497	421 868 860
PASSIF		
Découvert de banque		482 555
Emprunts temporaires	240 347 753	210 748 951
Intérêts courus à payer	1 674 541	2 104 366
Passif au titre des avantages sociaux futurs	3 077	3 077
Créditeurs et autres charges à payer		661 049
Dettes à long terme	168 562 154	206 179 076
Autres éléments de passifs	120 801	
	410 708 326	420 179 074
SOLDE DE FONDS	1 660 171	1 689 786
Total du passif et du solde de fonds	412 368 497	421 868 860

4.3.15 Fonds affectés cumulés

Bilan

Exercice terminé le 31 mars 2013

	Exercice courant $	Exercice précédent $
ACTIF		
Encaisse	7 556 338	6 711 945
Débiteurs		
MSSS	3 532 179	575 706
FINESSS	102 096	
Établissements publics	42 172	3 340
Autres débiteurs	192 019	1 162 790
Subvention à recevoir relative aux avantages sociaux futurs	7 830	9 976
Autres éléments d'actifs	5 150	
Total de l'actif	11 437 784	8 463 757
PASSIF		
Découvert de banque		8 126
Créditeurs et autres charges à payer		
Établissements publics	7 170	11 761
Salaires courus à payer	7 191	1 012
Fonds des services de santé (FSS) à payer		195
Autres créditeurs et charges à payer	2 654 607	2 932 266
Passifs au titre des avantages sociaux futurs	9 190	9 997
Revenus reportés - MSSS	6 140 081	4 211 915
Autres revenus reportés	487 752	342 245
	9 305 991	7 517 517
SOLDE DE FONDS	2 131 793	946 240
Total du passif et du solde de fonds	11 437 784	8 463 757

4.3.16 Fonds affectés cumulés

Résultats

Exercice terminé le 31 mars 2013

	Exercice courant	Exercice précédent
	$	$
REVENUS		
Subventions MSSS	33 318 211	37 171 261
Crédits régionaux	3 201 200	
Variation des revenus reportés - MSSS	(1 928 166)	
FINESSS	9 852 493	9 349 065
Revenus de placements	80 354	135 229
Revenus d'autres sources		
Subventions gouvernement du Canada	5 000	45 442
Autres revenus	10 956 477	10 521 170
	55 485 569	57 222 167
CHARGES		
Dépenses de transfert	50 785 262	48 746 854
Charges d'exploitation		
Salaires	161 959	195 300
Avantages sociaux	21 524	20 765
Charges sociales - Fonds de services de santé (FSS)	4 121	4 425
Charges sociales - Autres	8 173	6 790
Frais de déplacement et de représentation	5 370	718
Services achetés	1 616 581	1 327 375
Location d'équipement	32 789	
Fournitures de bureau	7 608	
Autres charges	1 346 248	12 265 352
	53 989 635	62 567 579
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	1 495 934	(5 345 412)

4.3.17 Fonds affectés cumulés

Solde de fonds

Exercice terminé le 31 mars 2013

	Exercice courant	Exercice précédent
	$	$
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	946 240	6 570 232
Additions (Déductions)		
Surplus (Déficit) de l'exercice	1 495 934	(5 345 412)
Transferts interfonds (provenance) :		
Contributions des activités régionalisées (+)		
Transferts interfonds (affectations) :		
Contributions au fonds des activités régionalisées (-)	(179 687)	(705 554)
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	(104 686)	(28 249)
Autres transferts interfonds	(26 008)	4 810 907
Autres additions (déductions)		(4 355 684)
Variation de l'exercice	1 185 553	(5 623 992)
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN	2 131 793	946 240

4.3.18 État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits

Exercice terminé le 31 mars 2013

	Exercice courant $	Exercice précédent $
ENVELOPPE RÉGIONALE		
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2011-2012 inscrit dans le système SBF-R	2 116 728 173	2 050 065 369
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE		
Allocations aux établissements	1 995 350 486	1 924 796 559
Allocations aux organismes communautaires	41 328 424	40 514 108
Allocations à d'autres organismes	23 730 299	24 014 097
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrit dans le système SBF-R	2 060 409 209	1 989 324 764
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact sur l'enveloppe régionale finale	45 560 829	41 465 413
Autres montants des allocations affectées	36 600	37 200
Total des affectations de l'enveloppe régionale	**2 106 006 638**	**2 030 827 377**
SURPLUS DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE SUR LES AFFECTATIONS AVANT PRÉVISION DES COMPTES À PAYER	**10 721 535**	**19 237 992**
COMPTES À PAYER INSCRITS EN FIN D'EXERCICE DANS LE SYSTÈME SBF-R		
Pour les établissements publics		
Comptes à payer signifiés	7 779 804	15 294 436
Pour les organismes autres que les établissements publics		
Comptes à payer signifiés	781 993	1 939 593
Comptes à payer non signifiés	1 172 382	1 355 746
Total des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R	**9 734 179**	**18 589 775**
COMPTES À FIN DÉTERMINÉE REPORTÉS À L'ENVELOPPE RÉGIONALE DE L'EXERCICE SUBSÉQUENT	**987 356**	**648 217**
SURPLUS DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE SUR LES AFFECTATIONS	---	---

4.3.19 Notes aux états financiers

Exercice terminé le 31 mars 2012

Note 1 – Statut et nature des opérations

L'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale a été constituée le 1er janvier 2006 en corporation par lettres patentes sous l'autorité de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) ou LSSSS. Elle a principalement pour mandat d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de la région de la Capitale-Nationale, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

Le siège social de l'Agence est situé à Québec.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

Note 2 – Description des principales méthodes comptables

Référentiel comptable

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception des éléments suivants :

- les immeubles loués auprès de la Société immobilière du Québec (SIQ) sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation n° 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public;

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers ainsi que la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Périmètre comptable

Le périmètre comptable de l'Agence comprend toutes les opérations, activités et ressources qui sont sous son contrôle, excluant tous les soldes et opérations relatifs aux biens en fiducie détenus.

Revenus

Les revenus sont comptabilisés selon la méthode de la comptabilité d'exercice, c'est-à-dire dans l'année au cours de laquelle ont eu lieu les opérations ou les faits leur donnant lieu.

De façon plus spécifique :

Les subventions (transferts) en provenance du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) ou d'autres ministères, organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ou du gouvernement du Canada sont constatées et comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle elles sont dûment autorisées par le cédant lorsque les critères d'admissibilité ont été respectés par l'Agence, sauf lorsque la subvention (transfert) crée une obligation répondant à la définition d'un passif pour l'Agence. Ceci est notamment le cas lorsque la subvention (le transfert) est assortie de stipulations à respecter imposées par le cédant. L'Agence comptabilise alors un revenu reporté qui est amorti au fur et à mesure que les stipulations sont rencontrées.

Les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement du Québec sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activité, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel se termine le projet ou l'activité, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins auxquelles le solde doit être utilisé.

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements sont partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires.

Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Autres revenus

Les sommes reçues par don, legs, subvention ou autre forme de contribution sans condition rattachée, à l'exception des sommes octroyées par le gouvernement du Québec et ses ministères ou par des organismes dont les dépenses de fonctionnement sont assumées par le fonds consolidé du revenu, sont comptabilisées aux revenus des activités principales dès leur réception et sont présentées à l'état des résultats du fonds d'exploitation.

Charges inhérentes aux ventes de services

Les montants de ces charges sont déterminés de façon à égaler les montants des revenus correspondants.

Débiteurs

Les débiteurs sont présentés à leur valeur recouvrable nette au moyen d'une provision pour créances douteuses.

La dépense pour créances douteuses de l'exercice est comptabilisée aux charges non réparties de l'exercice.

Prêts interfonds

Les prêts interfonds entre le fonds d'exploitation et le fonds d'immobilisations ne comportent aucune charge d'intérêt. Aucuns frais de gestion ne peuvent être chargés par le fonds d'exploitation au fonds d'immobilisations.

Frais d'émission, escompte et prime liés aux emprunts

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et sont amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

L'escompte et la prime sur emprunts sont comptabilisés à titre de frais ou de revenus reportés respectivement et sont amortis selon le taux effectif de chaque emprunt.

Dettes à long terme

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime.

La dette à long terme du fonds d'immobilisations destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements est payable à Financement-Québec.

Emprunts remboursables par versements annuels variables du capital, échéant le 31 mars 2023. L'intérêt variant entre 2,1298 % et 6,31 % est payable semestriellement.

2013
168 562 154 $

Les remboursements en capital de la dette à long terme à effectuer durant les cinq prochains exercices sont les suivants :

Années	Montants
2014	39 261 237 $
2015	37 283 416 $
2016	15 004 666 $
2017	13 787 387 $
2018	5 798 152 $

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds auquel ils se rapportent. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances et de l'Économie du Québec.

De plus, un ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations à la charge du gouvernement est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations. Cet ajustement est déterminé par l'Agence à son rapport financier annuel.

Régime de retraite

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (RREGOP), au Régime de retraite des fonctionnaires (RRF) ou au Régime de retraite du personnel d'encadrement (RRPE). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès.

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux, étant donné que l'Agence ne dispose pas d'information suffisante pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées. Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le MSSS et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Immobilisations

Les immobilisations acquises sont comptabilisées au coût. Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement.

Les immobilisations acquises par donation ou pour une valeur symbolique sont comptabilisées à leur juste valeur au moment de leur acquisition avec contrepartie aux revenus reportés, à l'exception des terrains où la contrepartie est constatée aux revenus dans l'année d'acquisition. Les contributions pour l'acquisition d'immobilisations sont comptabilisées aux revenus reportés, à l'exception de celles destinées à l'achat de terrain qui sont constatées aux revenus dans l'année d'acquisition. Les revenus reportés sont amortis aux revenus au même rythme que l'amortissement du coût des immobilisations correspondantes.

Elles sont amorties linéairement en fonction de leur durée de vie utile à l'exception des terrains qui ne sont pas amortis :

Catégorie	Durée
Aménagements des terrains	10 à 20 ans
Bâtiments	20 à 50 ans
Améliorations locatives	Durée restante du bail (max. 10 ans)
Matériel et équipement	3 à 15 ans
Équipement spécialisé	10 à 25 ans
Matériel roulant	5 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans
Location-acquisition	Sur la durée du bail ou de l'entente

Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne sont pas amorties avant leur mise en service.

Frais payés d'avance

Les frais payés d'avance représentent des déboursés effectués avant la fin de l'année financière pour des services à recevoir au cours du ou des prochains exercices financiers.

Ils sont imputés aux charges de l'exercice au cours duquel l'Agence consomme effectivement le service.

Instruments financiers

Au 1er avril 2012 est entrée en vigueur la Norme comptable de l'Institut Canadien des Comptables Agréés (ICCA) pour le secteur public SP 3450 « Instruments financiers ». Son application implique l'évaluation à leur juste valeur des instruments financiers dérivés et des placements de portefeuille composés d'instruments de capitaux propres cotés sur un marché actif. La variation annuelle des justes valeurs de ces instruments financiers engendre des gains et pertes non réalisés qui doivent être présentés dans un nouvel état financier, appelé État des gains et des pertes de réévaluation, jusqu'à leur décomptabilisation par extinction ou par revente. Les autres instruments financiers sont évalués au coût ou au coût après amortissement, sauf si l'établissement choisit de les désigner dans la catégorie des instruments financiers évalués à la juste valeur.

En vertu de la LSSSS, le MSSS détermine le format du rapport financier annuel applicable aux agences. Pour l'exercice terminé le 31 mars 2013, le MSSS a convenu de ne pas inclure le nouvel état financier requis puisqu'il estime peu ou non probable qu'une entité du réseau de la santé et des services sociaux détienne des instruments financiers devant être évalués à la juste valeur, considérant les limitations imposés par la LSSSS en ce sens.

- L'Agence ne détient pas au 31 mars 2013 et n'a pas détenu, au cours de l'exercice, d'instruments financiers devant être évalués à la juste valeur et, par conséquent, il n'y a pas de gain ou de perte de réévaluation.

Comptabilité par fonds

Les agences appliquent également la comptabilité par fonds. Les opérations et les soldes sont présentés dans leurs états financiers respectifs. La comptabilité des agences est tenue de façon à identifier les comptes rattachés à chaque fonds, en respectant les principes et particularités suivants :

- Le fonds d'exploitation : regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires).
- Le fonds d'immobilisations : regroupe les opérations relatives aux immobilisations, aux passifs environnementaux, aux dettes à long terme et à tout autre mode de financement se rattachant aux immobilisations. Les immobilisations acquises pour les activités régionalisées, pour les activités des fonds affectés de l'Agence et pour des établissements privés admissibles sont inscrites directement au fonds d'immobilisations de l'Agence. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations.
- Le fonds des activités régionalisées : regroupe les opérations de l'Agence relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à toute autre fonction et activité à portée régionale confiées par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits

normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés.

- Les fonds affectés : sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées.
- Le fonds de santé au travail : regroupe les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST). Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la CSST et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts interfonds sont comptabilisés directement au solde des fonds concernés.

Dans le cas du fonds d'exploitation, du fonds des activités régionalisées et du fonds d'immobilisations, ils sont toutefois tenus en compte aux fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds des fonds concernés.

Classification des activités

La classification des activités d'une Agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

- Activités principales
  - Les activités principales regroupent les opérations qui découlent des fonctions que l'Agence est appelée à exercer et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission.
- Activités accessoires
  - Les activités accessoires comprennent les fonctions qu'une Agence exerce dans la limite de ses pouvoirs, en sus de ses activités principales.
  - Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et en activités de type commercial :
    - Les activités accessoires complémentaires regroupent les opérations qui, tout en constituant un apport au réseau de la santé et des services sociaux, découlent des fonctions additionnelles exercées par l'Agence en sus des fonctions confiées à l'ensemble des agences.
    - Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de nature commerciale, non reliées directement à l'exercice des fonctions confiées aux agences.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des dépenses, les dépenses engagées par l'Agence dans le cadre du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées sont regroupées dans des centres d'activités. Chacun de ceux-ci est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'Agence.

Avoir propre

L'avoir propre correspond aux surplus (déficits) cumulés du fonds d'exploitation et est constitué des montants grevés et non grevés d'affectations. Il comprend les résultats des activités principales et accessoires.

L'avoir propre d'une agence ne peut être utilisé que pour les fins de la réalisation de la mission selon l'article 269.1 de la LSSSS (L.R.Q., chapitre S-4.2). Toutefois, son utilisation peut être subordonnée à une approbation du MSSS.

L'utilisation de l'avoir propre ne doit pas avoir pour effet de rendre son solde déficitaire.

Note 3 – Modifications comptables

Avantages sociaux futurs

Dans le passé, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire n'étaient pas inscrits aux états financiers.

À compter de l'exercice 2012-2013, les passifs ainsi que le financement du MSSS reliés aux obligations relatives aux employés en congé parental et en assurance-salaire sont comptabilisés.

Cette modification comptable, appliquée rétroactivement avec retraitement des données comparatives, a pour effet d'augmenter les postes suivants:

	2013	2012
Subvention à recevoir – MSSS	192 126 $	167 717 $
Passif au titre des avantages sociaux futurs	171 089 $	149 614 $
Charges - avantages sociaux	21 037 $	18 103 $
Subvention – MSSS	24 409 $	167 717 $

Subventions gouvernementales (transferts)

Au 1er avril 2012, est entrée en vigueur la nouvelle version de la norme comptable traitant de la comptabilisation des paiements de transfert (chapitre SP 3410 du *Manuel de l'ICCA pour le secteur public*).

En vertu de cette norme, si une agence octroie une subvention, elle doit constater une dépense de transfert dès que celle-ci a été dûment autorisée, en fonction de ses règles de gouvernance, et que les critères d'admissibilité ont été respectés par le bénéficiaire.

Dans le cas où une agence est bénéficiaire d'une subvention (d'un transfert), elle doit constater le revenu de subvention (transfert) dès que celui-ci a été dûment autorisé par le cédant et que les critères d'admissibilité ont été respectés, sauf lorsque le transfert crée une obligation répondant à la définition d'un passif pour l'Agence.

À compter de l'exercice financier 2012-2013, les agences bénéficiaires de subventions (transferts) en provenance de ministères, d'organismes budgétaires ou de fonds spéciaux du gouvernement du Québec ne doivent porter à leurs comptes que la partie de la subvention (du transfert) ayant été dûment autorisée par l'Assemblée nationale pour l'année financière concernée, et ce, à condition qu'elles aient aussi respecté les critères d'admissibilité à ce transfert. L'autorisation de la subvention (du transfert) est obtenue :

- lors du vote annuel des crédits par l'Assemblée nationale, lorsque les subventions (transferts) proviennent des ministères et des organismes budgétaires;
- lors du vote annuel de leur budget de dépenses et d'investissements par l'Assemblée nationale, lorsque les subventions (transferts) proviennent des fonds spéciaux.

De même, un compte à recevoir du MSSS (gouvernement du Québec) ne pourra être reconnu que pour la partie exigible de la subvention (du transfert) dûment autorisée, de façon à assurer la concordance entre les comptes du MSSS (gouvernement) et ceux des agences qui bénéficient d'une subvention (d'un transfert).

Par ailleurs, le chapitre SP 3410 précise également qu'une entité bénéficiaire d'un transfert du MSSS (gouvernement) ne peut constater un passif, c'est-à-dire un revenu reporté, que dans la mesure où le transfert lui crée une obligation répondant à la définition d'un passif. Ceci est notamment le cas lorsque le transfert est assorti de stipulations à respecter imposées par le cédant. Si c'est le cas, le revenu reporté comptabilisé doit être diminué au fur et à mesure que les stipulations du transfert sont respectées.

Cette modification comptable n'a aucun impact sur les états financiers au 31 mars 2013, ni sur les données comparatives, lesquelles n'ont pas été retraitées, étant donné que la pratique en ce qui a trait à la comptabilisation des revenus reportés est déjà basée sur la présence de stipulation à l'égard de la finalité du financement reçu ou de clauses temporelles.

Instruments financiers

Le 1er avril 2012, est entrée en vigueur la nouvelle Norme comptable sur les instruments financiers (chapitre SP 3450 du *Manuel de l'ICCA pour le secteur public*).

L'application de ce nouveau chapitre n'a eu aucune incidence sur les états financiers de l'Agence.

Subvention à recevoir sur les dettes financées par le gouvernement – réforme comptable

La subvention à recevoir – réforme comptable fait l'objet d'estimations comptables. Au cours de l'exercice, la méthode de calcul utilisée a été révisée relativement à l'ajustement de la subvention à recevoir pour le financement des immobilisations.

Cette modification comptable appliquée prospectivement a pour effet d'augmenter (diminuer) les postes suivants :

	2013
Subventions à recevoir - Immobilisations - Écart de financement - Réforme comptable	(36 730 342) $
Subventions - Gouvernement du Québec	10 856 762 $
Déficits de l'exercice avant contribution provenant des autres fonds, pages 359 et 360	(998 263) $

Note 4 – Présentation des données budgétaires

Conformément à la LSSSS, l'Agence a produit, pour le présent exercice, des prévisions budgétaires de fonctionnement, c'est-à-dire pour les activités principales du fonds d'exploitation. Celles-ci ont été dûment adoptées par le conseil d'administration.

Ces données budgétaires ne sont pas préparées pour le même ensemble d'activités que les données réelles présentées dans le rapport financier annuel, lesquelles incluent également

celles des activités accessoires du fonds d'exploitation et celles des fonds d'immobilisations, des activités régionalisées et affectées.

Les prévisions budgétaires des activités principales du fonds d'exploitation sont comparées ci-après aux données réelles correspondantes :

	Réel	Budget
REVENUS		
Subventions du MSSS		
Budget signifié	15 165 305 $	14 071 412 $
(Diminution) ou augmentation du financement	591 633 $	141 609 $
Variation des revenus reportés - MSSS	(49 840) $	
Ajustement de la subvention à recevoir - Réforme comptable - variation de la provision pour vacances, congés de maladie et fériés	24 409 $	
Total subvention du MSSS	15 731 507 $	14 213 021 $
Revenus d'intérêts	17 671 $	7 000 $
Revenus d'autres sources		
Recouvrements		
Ventes de services	1 703 635 $	2 124 115 $
Subventions du gouvernement fédéral	44 492 $	-
Autres subventions	237 526 $	69 953 $
Total des revenus	17 734 831 $	16 414 089 $
CHARGES D'EXPLOITATION		
Salaires	9 190 885 $	9 727 471 $
Avantages sociaux	2 605 684 $	2 371 894 $
Charges sociales	1 231 535 $	1 214 247 $
Frais de déplacement et d'inscription et dépenses du conseil d'administration	131 546 $	121 998 $
Services achetés	944 839 $	741 000 $
Communications	167 251 $	212 540 $
Loyers	993 540 $	989 000 $
Location d'équipement	49 444 $	74 600 $
Fournitures de bureau	169 362 $	215 400 $
Transferts à des établissements	150 833 $	
Entretien et réparations	506 937 $	481 000 $
Autres frais	1 010 099 $	334 990 $
Total des charges d'exploitation	17 151 955 $	16 484 140 $
EXCÉDENT (DÉFICIT)	582 876 $	(70 051) $
À titre informatif seulement: (Contributions +/-)		
En provenance de l'avoir-propre (+)		
En provenance de fonds affectés (+)		
En provenance du fonds des activités régionalisées (+)	194 038 $	193 000 $
En provenance du fonds de stationnement (+)		
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	(86 866 $)	(116 500 $)
Affectées à d'autres fonds (-)	(193 909 $)	
Excédent (Déficit) de l'exercice après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	496 139 $	6 449 $

Note 5 - Emprunts bancaires

Au 31 mars, l'Agence dispose d'une marge de crédit autorisée en immobilisations de 50 000 000 $ et en équipements de 75 000 000 $, sur la base d'un taux équivalent à celui des acceptations bancaires, d'un terme de 30 jours d'échéance au taux de 1,52 % incluant la majoration de 0,30 %. Ces crédits sont disponibles par voie de prêts à terme à taux fixes pour un montant minimum de 100 000 $ et un terme de 30 jours. Pour les termes différents de 30 jours ou des montants inférieurs à 100 000 $, une marge de crédit d'appoint est disponible. Le montant inutilisé au 31 mars 2013 est de 48 658 814 $, dont 7 706 103 $ sur la marge de 50 000 000 $ et 40 952 711 $ sur la marge de 75 000 000 $.

De plus, l'Agence a une convention de prêts à court terme à taux flottant, variant de 2,1298 % à 2,664 %, avec Financement-Québec pour financer temporairement des projets issus des enveloppes décentralisées (équipement, immobilisations et technologie de l'information). Au 31 mars 2013, les emprunts temporaires avec Financement-Québec pour les enveloppes décentralisées sont de 164 006 567 $.

Note 6 - Engagements

L'Agence s'est engagée, avec la SIQ, en vertu d'un bail à long terme, échéant le 24 avril 2018 sur un immeuble. À l'échéance, l'Agence a l'option de renouveler le présent bail pour deux périodes additionnelles de cinq ans.

L'Agence a également conclu, avec la SIQ, une location d'immeuble. Le bail est en vigueur depuis le 12 novembre 2007 et se termine le 11 novembre 2022. L'Agence a l'option de renouveler le présent bail pour une durée de cinq ans.

De plus, en vertu d'un bail signé en mars 2008, l'Agence s'est engagée à utiliser des locaux situés à l'Aile « C » du Pavillon Arthur-Vallée de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec. Ce bail couvre la période du 1er septembre 2005 au 31 mars 2012. Au moins douze mois avant la date d'échéance, à défaut de l'une ou l'autre des parties de signifier par lettre recommandée un avis de non-renouvellement en tout ou en partie, le bail se renouvelle d'année en année.

L'Agence a signé un contrat pour des services d'entretien ménager, du 1er avril 2013 au 31 mars 2014, pour un total de 122 013 $.

Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2014	1 279 250 $
2015	746 573 $
2016	746 573 $
2017	746 573 $
2018	746 573 $
2019 et subséquentes	2 754 405 $
	7 019 947 $

En vertu d'une entente signée le 20 août 2008, avec le Centre d'hébergement St-Jean-Eudes inc. ainsi que des conditions de financement de la Banque Nationale du Canada à partir du 15 janvier 2010, et ce, d'une durée de 25 ans.

Les paiements minimums futurs s'établissent comme suit :

2014	1 236 824 $
2015	1 236 824 $
2016	1 236 824 $
2017	1 236 824 $
2018	1 236 824 $
2019 et subséquentes	20 750 358 $
	26 934 478 $

En vertu d'une entente débutant le 1er avril 2011 et se terminant le 31 mars 2021 intervenue entre l'Agence et le CHSLD privé « Les Jardins du Haut Saint-Laurent (1992) Inc » pour l'utilisation de 132 lits de soins de longue durée dont 104 lits en chambre privée et 28 lits en chambre semi-privée, du 1er avril 2013 au 31 mars 2021, les paiements se répartissent comme suit :

2014	7 323 757 $
2015	7 323 757 $
2016	7 323 757 $
2017	7 323 757 $
2018	7 323 757 $
2019 et subséquentes	21 971 270 $
	58 590 055 $

En vertu d'une entente débutant le 1er avril 2011 et se terminant le 31 mars 2031 intervenue entre l'Agence et le CHSLD privé « Côté-Jardin inc. » pour l'utilisation de 256 lits de soins de longue durée dont 232 lits en chambre privée et 24 lits en chambre semi-privée, du 1er avril 2013 au 31 mars 2031, les paiements se répartissent comme suit :

2014	14 293 715 $
2015	14 293 715 $
2016	14 293 715 $
2017	14 293 715 $
2018	14 293 715 $
2019 et subséquentes	185 818 295 $
	257 286 870 $

Note 7 - Événements subséquents

L'Agence dispose de 4,3 millions de dollars, au solde de fonds du fonds d'exploitation, provenant de surplus cumulés au cours des exercices précédents.

En regard d'efforts additionnels de rationalisation budgétaire applicable à compter de l'exercice 2013-2014, sur autorisation du conseil d'administration de l'Agence, lors de sa séance du 4 avril 2013, et du MSSS, il a été convenu de rembourser à même ses surplus cumulés à la SIQ, un montant de 3,3 millions de dollars à titre de remboursement anticipé de loyer pour l'immeuble situé au 555, boulevard Wilfrid-Hamel Est, Québec.

Ce remboursement anticipé a pour effet de diminuer le coût du loyer récurrent que doit assumer l'Agence auprès de la SIQ à compter du 1er mai 2013.

Le remboursement anticipé a été effectué le 8 avril 2013 et fixe le nouveau loyer trimestriel à compter de l'exercice 2013-2014 à 32 052 $ alors qu'il était de 99 925 $ au cours des exercices précédents.

Loyer annuel 2013-2014	Loyer annuel 2012-2013
128 208 $	399 700 $

Note 8 - Opérations entre apparentés

En plus des opérations entre apparentés déjà divulguées dans le rapport financier annuel, l'Agence est apparentée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. L'Agence n'a conclu aucune opération commerciale avec ces apparentés autrement que dans le cours normal de ses activités et aux conditions commerciales habituelles. Ces opérations ne sont pas divulguées distinctement au rapport financier annuel.

Note 9 - Chiffres de l'exercice précédent

Certaines données correspondantes de l'exercice précédent ont été reclassées en fonction de la présentation adoptée pour le présent exercice.

Note 10 - Analyse financière 2011-2012

L'Agence n'a pas reçu, à ce jour, du MSSS le résultat de l'analyse financière 2011-2012, celle-ci est en cours de traitement.

Annexes

Annexe 1 — Liste des membres de la Commission infirmière régionale de la Capitale-Nationale

Présidente : M[me] Nancy Cyr

Titulaire	Titre d'emploi et provenance	Fin de mandat (4 ans)
1° Quatre personnes désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils des infirmières et infirmiers des établissements de la région :		
Boissonneault, Nathalie	Conseillère-cadre en prévention des infections, CHU de Québec	23-03-2014
Cyr, Nancy	Conseillère clinicienne en soins infirmiers – CHSLD, CSSS de la Vieille-Capitale	23-03-2014
Marcoux, Odette	Infirmière clinicienne, assistante infirmière-chef, HEJ du CHU de Québec	23-03-2014
Perreault, Isabelle	Conseillère clinicienne en soins infirmiers, IUCPQ	23-03-2014
2° Deux personnes désignées par et parmi les gestionnaires des soins infirmiers des établissements de la région et visés à l'article 206 de la LSSSS :		
Hobbs-Robert, Jennifer	Directrice des soins infirmiers et de la qualité, Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's	23-03-2014
Poste vacant		23-03-2014
3° Une personne désignée par et parmi les représentants des collèges d'enseignement général et professionnel :		
Ouellet, Marie-Josée	Professeure et assistante-coordonnatrice du Département de soins infirmiers du Cégep de Sainte-Foy	23-03-2014
4° Une personne désignée par la doyenne ou la directrice du programme universitaire de sciences infirmières, le cas échéant :		
Roch, Geneviève	Professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières, Université Laval	23-03-2014
5° Deux personnes désignées par et parmi les membres des comités d'infirmières et infirmiers auxiliaires des conseils des infirmières et infirmiers des établissements de la région :		
Bélanger, Ann	Infirmière auxiliaire, CSSS de Portneuf – Centre d'hébergement Saint-Casimir	23-03-2014
Gagné, Natacha	Infirmière auxiliaire, CSSS de Charlevoix – Hôpital de Baie-Saint-Paul	23-03-2014
6° Un infirmier désigné par les membres visés aux paragraphes 10 à 50 et reconnu pour son expertise de pointe dans la pratique clinique des soins infirmiers :		
Dubois, Marie-Claude	Infirmière clinicienne en clinique-réseau, CSSS de Québec-Nord	23-03-2014
7° Le président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale ou l'infirmier qu'il désigne à cette fin :		
Simard, Marie	Adjointe à la directrice régionale des affaires médicales, universitaires et hospitalières – coordination des services hospitaliers et préhospitaliers (infirmière désignée à cette fin par le président-directeur général), Agence	23-03-2014
8° Quatre personnes-ressources à titre d'observateurs :		
Poste vacant		23-03-2014
Poste vacant		23-03-2014
Gallant, Claudia	Présidente, Ordre régional des infirmières et infirmiers de Québec	23-03-2014
Gaudreau, Martine	Directrice adjointe des soins infirmiers, IUSMQ	23-03-2014

Annexe 2 — Liste des membres de la Commission multidisciplinaire régionale de la Capitale-Nationale

Présidente : Mme Jasmine Martineau
Vice-président : M. Mario Bélanger
Secrétaire : Mme Lyne Foisy

Titulaire	Titre d'emploi et provenance	Fin de mandat (4 ans)
1° Trois professionnels du domaine social, dont un gestionnaire et deux personnes désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires des établissements de la région :		
Turcotte, Serge	Chef du service social, CHUQ	13 juin 2015
Bélanger, Mario	Animateur de pastorale, CHA	13 juin 2015
Guimont, Johanne	Agente de relation humaine et éducatrice, CJQ	13 juin 2015
2° Trois professionnels du domaine de la réadaptation et des domaines de la santé, autres que la médecine et les soins infirmiers, dont un gestionnaire et deux personnes désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires des établissements de la région :		
Martineau, Jasmine	Physiothérapeute et directrice des services multidisciplinaires, CHUQ	13 juin 2015
Paradis-Gagnon, Cassiopée	Coordonnatrice technique en thérapie respiratoire, IUCPQ	13 juin 2015
Moreau, Bianca	Physiothérapeute, CHA	13 juin 2015
3° Trois personnes des domaines techniques désignées par et parmi les membres des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires des établissements de la région :		
Foisy, Lyne	Éducatrice, CJQ	13 juin 2015
Chamberland, Chantal	Éducatrice spécialisée, CSSS de la Vieille-Capitale	13 juin 2015
Ouellet, Laurie	Archiviste médicale, CSSS de Portneuf	13 juin 2015
4° Une personne désignée par et parmi les représentants des collèges d'enseignement général et professionnel :		
Provencher, Monique	Directrice adjointe aux études – Cégep de Sainte-Foy	13 juin 2015
5° Une personne désignée par et parmi les représentants des écoles et facultés d'enseignement universitaire dans les domaines de la santé :		
Perreault, Nathalie	Ergothérapeute et chargée d'enseignement en médecine, Université Laval	13 juin 2015
6° Une personne désignée par et parmi les représentants des écoles et facultés d'enseignement universitaire dans les domaines sociaux :		
Turcotte, Pierre	Directeur et professeur agrégé à l'École de service social, Université Laval	13 juin 2015
7° Une personne désignée par le président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale		
Vézina, Jean-François	Agent de planification, de programmation et de recherche, Agence	
8° Quatre personnes-ressources à titre d'observateurs		
Vacant		
Vacant		
Vacant		
Vacant		

Annexe 3 — Liste des membres de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée de la Capitale-Nationale

Nom	Département et provenance
1° Trois membres élus par et parmi les médecins spécialistes agissant à titre de chefs de département de médecine spécialisée provenant de trois domaines cliniques différents :	
Président : Dr Sylvain St-Pierre	Oto-rhino-laryngologie et chirurgie buccale et maxillo-faciale, CHU de Québec - Hôpital de l'Enfant-Jésus
Vice-président : Dr Simon Biron	Chirurgie générale, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
Dr Evens Villeneuve	Psychiatrie, Institut universitaire en santé mentale de Québec
2° Cinq à sept membres nommés par les membres élus, parmi les médecins spécialistes agissant à titre de chefs de département de médecine spécialisée :	
Dr Marc-André Dugas	Pédiatrie, CHU de Québec – Centre hospitalier de l'Université Laval
Dr Jacques Mailloux	Obstétrique et gynécologie, CHU de Québec - Centre hospitalier de l'Université Laval
Dr Pierre Nicole	Anesthésiologie, CHU de Québec - Hôpital de l'Enfant-Jésus
Dr Michel Normand	Médecine, CHU de Québec - Centre hospitalier de l'Université Laval
Dr Jean Rodrigue	Imagerie médicale, CHU de Québec - Hôpital de l'Enfant-Jésus
Dre Sylvie Trottier	Médecine de laboratoire, Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
Dr Jean Villeneuve	Médecine d'urgence, CHU de Québec - Hôpital de l'Enfant-Jésus
3° Un membre nommé par le doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval :	
Dr Pierre Leblanc	Directeur du Département de médecine
4° Un résident en médecine à titre d'observateur nommé sur recommandation des membres élus :	
Dr Charles Faubert	Résident en médecine interne, Faculté de médecine de l'Université Laval
5° Le président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale ou le médecin spécialiste qu'il désigne à cette fin :	
M. Guy Thibodeau	Président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Annexe 4 — Liste des membres du Comité régional pour les programmes d'accès à des services de santé et des services sociaux en langue anglaise de la Capitale-Nationale

Noms	Occupation	Centre ou établissement
Le directeur général de l'établissement désigné, L'Hôpital Jeffery Hale – Saint Brigid's ou son représentant		
Brigitte Paquette	Directrice des services généraux et communautaires	L'Hôpital Jeffery Hale – Saint-Brigid's
Deux personnes issues des centres de santé et de services sociaux de la région		
Dr Alain-Philippe Lemieux	Directeur général adjoint des affaires universitaires et cliniques et des services professionnels	CSSS de la Vieille-Capitale
Une personne issue des établissements de la région offrant des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale		
Dr Benoît Dumais	Directeur des services professionnels	IRDPQ
Une personne issue d'un centre de soins généraux et spécialisés ou d'un centre hospitalier de soins psychiatriques		
Bernard Morency	Directeur de l'éthique et des affaires juridiques	CHU de Québec
Une personne issue du Centre jeunesse de Québec		
		CJQ
Une personne issue du Comité des usagers de l'établissement désigné ou un représentant nommé par les membres du même comité		
	Représentante du Comité des résidents Saint Brigid's Home – Jeffery Hale	Saint Brigid's Home – Jeffery Hale
Quatre personnes issues des organismes communautaires, des associations, des groupes socio-économiques de la communauté d'expression anglaise ou du milieu scolaire anglophone de la région		
Richard Walling	Directeur général	Les Partenaires communautaires Jeffery Hale
Jean-Sébastin Jolin Gignac	Directeur général	Voici of English-speaking Québec
Le président-directeur général de l'Agence ou la personne qu'il désigne		
Josette Tardif	Agente de planification, de programmation et de recherche	Agence

Annexe 5 — Liste des membres du Comité régional sur les services pharmaceutiques de la Capitale-Nationale

Présidente : Pierrette Carrier
Vice-présidente : Louise Petit

Titulaire	Provenance	Fin de mandat
1° Deux représentants du collège « pharmaciens propriétaires »		
Louise Petit	J. Matte et L. Petit pharmaciens, membre coopté, vice-présidente	2014-12-06
Vacant		
2° Deux représentants du collège « pharmaciens salariés communautaires »		
Caroline Pichette	Familiprix Hébert et Ferlatte, membre coopté	2014-12-06
Hélène Fortin	Laurier Lavoie et associés, pharmaciens	2016-11-26
3° Deux représentants du collège « chefs de département – établissement »		
Éric Lepage	IUSMQ, prolongation de mandat	2014-12-06
Pierrette Carrier	CSSS de la Vieille-Capitale, présidente	2016-11-26
4° Deux (2) représentants du collège « pharmaciens salariés – établissement »		
Marie-David Simoneau	CHU de Québec	2014-12-06
Dominique Chrétien	CHU de Québec	2016-11-26
5° Un représentant désigné par le conseil de la Faculté de pharmacie de l'Université Laval		
Marc Parent	CHU de Québec	2014-12-10
6° Président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale		
Guy Thibodeau	Président-directeur général de l'Agence, membre d'office	---

Annexe 6 — Liste des membres du Comité de direction du département régional de médecine générale de la Capitale-Nationale (DRMG)

Chef de département : M. Jacques Bouchard, M.D.

Nom	Milieu de pratique médicale	Partie de territoire (secteur)	Représen-tativité	Fin de mandat
1 Trois médecins élus par et parmi les médecins membres du DRMG :				
Bouchard, Jacques	CSSS de Charlevoix	Charlevoix	Centre hospitalier	2013-05-19
Vacant				
Lamontagne, Daniel	CSSS de Québec-Nord	La Source	CLSC-CHSLD	2013-05-19
2 Neuf médecins membres du DRMG nommés par les membres élus au paragraphe 1o :				
Carrier, Pierre	CSSS de Charlevoix	Charlevoix	CLSC-CHSLD	2012-11-12
Cholette, Pascale	CSSS de la Vieille-Capitale	Québec-Centre	CLSC	2013-03-14
Chouinard, Guy	Clinique du Jardin	La Source	Cabinet privé de professionnels	2013-05-21
Brunet, François	CSSS de Portneuf	Portneuf	CLSC	2013-03-14
Lachance, Pierre	Centre médical Saint-Louis	Sainte-Foy – Sillery – Laurentien	Cabinet privé de professionnels	2011-05-21
Fallu, Bernard	Clinique Val-Bélair	De la Jacques-Cartier	Cabinet privé de professionnels	2013-05-21
Robitaille, Michel	CSSS de Québec-Nord	Orléans	CHSLD	2013-04-13
Renaud, Pascal	CHU de Québec	Québec-Centre	CHU de Québec	2013-01-01
Richard, Annie	Clinique-réseau Le Mesnil	Québec-Centre	Cabinet privé de professionnels	2013-04-13
3 Le président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale ou le médecin qu'il désigne à cette fin :				
Thibodeau, Guy	Agence			
4 Un membre nommé par le doyen de la Faculté de médecine de l'Université Laval				
Rioux, Stéphane	Unité de médecine familiale	Sainte-Foy – Sillery – Laurentien	Faculté de médecine – Université Laval	2016-01-11

Annexe 7 — Liste des CRQ 2011-2012

Clinique-réseau Giffard
Clinique-réseau Pierre-Bertrand
Clinique-réseau Sainte-Foy-Laurentien
Clinique-réseau Basse-Ville-Limoilou
Clinique-réseau Le Mesnil
Clinique-réseau des Promenades
Clinique-réseau Val-Bélair–Valcartier–Ste-Catherine
Clinique-réseau La Cité Médicale

Total : 8 CRQ

Annexe 8 — Liste des GMF 2011-2012

GMF Cité Verte
GMF Centre médical Beauport
GMF du Carrefour
GMF La Cité Médicale
GMF Charlesbourg
GMF de Charlevoix-Est
GMF de Charlevoix-Ouest
GMF Duberger
GMF Duchatel
GMF UMF Haute-Ville
GMF UMF Laval-Québec
GMF L'Ancienne-Lorette - Les Saules
GMF l'Hêtrière
GMF Loretteville
GMF UMF Maizerets
GMF Le Mesnil
GMF Neufchâtel
GMF Le Nordet
GMF Orléans
GMF Clinique Pierre-Bertrand
GMF Portneuf Nord-Ouest
GMF Portneuf Sud-Est
GMF Quatre-Bourgeois
GMF Clinique Sainte-Foy
GMF Saint-Louis
GMF Saint-Vallier
GMF de Sillery
GMF CLSC La Source
GMF Val-Bélair–Valcartier–Ste-Catherine

TOTAL : 29 GMF

Annexe 9 — Programme de soutien aux organismes communautaires

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2012-2013	Subvention accordée 2011-2012
Financement de base			
Aide et entraide			
03-00243	ADAPTAVIE INC.	92 585 $	86 794 $
03-06159	AIDONS-LAIT	44 268 $	37 208 $
03-02385	ALLAITEMENT QUÉBEC	53 561 $	52 306 $
03-05855	ASSOCIATION BÉNÉVOLE CÔTE DE BEAUPRÉ	87 099 $	85 058 $
03-00637	ASSOCIATION BÉNÉVOLE DE CHARLEVOIX	111 696 $	109 078 $
03-05854	ASSOCIATION BÉNÉVOLE DE L'ÎLE D'ORLÉANS (L')	28 500 $	27 332 $
03-06167	ASSOCIATION DE FIBROMYALGIE RÉGION DE QUÉBEC	45 502 $	38 414 $
03-01233	ASSOCIATION DES GRANDS BRÛLÉS F.L.A.M. (L')	137 598 $	134 373 $
03-06277	ASSOCIATION DES HANDICAPÉS RESPIRATOIRES DE QUÉBEC (1984) INC.	35 000 $	28 279 $
03-06155	ASSOCIATION DES PERSONNES AVEC UNE DÉFICIENCE DE L'AUDITION	63 081 $	55 783 $
03-02929	ASSOCIATION DES T.C.C. DES DEUX RIVES (QUÉBEC-CHAUDIÈRE-APPALACHES) (L')	50 000 $	46 119 $
03-05117	BÉNÉVOLAT MICHEL SARRAZIN	85 198 $	83 201 $
03-05191	BÉNÉVOLAT ST-SACREMENT INC.	85 360 $	83 359 $
03-06062	BOUSSOLE (LA), REGROUPEMENT DES PARENTS ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE	352 273 $	344 017 $
03-06013	BUTINEUSE DE VANIER (LA)	63 367 $	61 882 $
03-06287	CALACS DE CHARLEVOIX	228 178 $	222 830 $
03-05136	CARREFOUR DE L'AMITIÉ CHARLESBOURG	102 502 $	100 100 $
03-06312	CARREFOUR DES PROCHES AIDANTS DE QUÉBEC	34 298 $	27 472 $
03-01080	CENTRE BONNE ENTENTE	84 247 $	82 272 $
03-00205	CENTRE COMMUNAUTAIRE PRO-SANTE INC.	94 290 $	92 080 $
03-00349	CENTRE D'ACTION BÉNÉVOLE AIDE 23	144 200 $	140 820 $
03-02811	CENTRE D'AIDE ET D'ACTION BÉNÉVOLE DE CHARLESBOURG	83 102 $	81 154 $
03-00030	CENTRE DE PARRAINAGE CIVIQUE DE QUÉBEC INC. (LE)	124 341 $	121 427 $
03-06076	CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE C.P.S.	838 901 $	819 239 $
03-06092	CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE DE CHARLEVOIX	217 863 $	212 756 $
03-06234	CENTRE D'ENTRAIDE ÉMOTIONS	108 241 $	105 704 $
03-01779	CENTRE SIGNES D'ESPOIR	223 437 $	218 200 $
03-01896	CENTRESPOIR-CHARLESBOURG INC. (LE)	84 247 $	82 272 $
03-06006	CERCLE POLAIRE	139 197 $	135 935 $
03-00575	CHANTELAIT	44 686 $	37 616 $
03-01785	CLUB BON COEUR DES CARDIAQUES DE CHARLEVOIX INC.	63 027 $	61 550 $
03-06227	CLUB CARDIO-SANTE DE CHARLEVOIX INC. (LE)	60 813 $	59 388 $
03-00497	COLLECTIF D'ACCOMPAGNEMENT A L'ACCOUCHEMENT "LES ACCOMPAGNANTES" (LE)	106 768 $	104 266 $
03-05138	COMITÉ DE LA POPOTE DE CLERMONT	6 200 $	6 200 $
03-05562	COMITÉ DE VOLONTARIAT DE QUARTIER-LIMOILOU SUD INC.	34 500 $	34 305 $
03-05121	COMITÉ NEUVILLE SE SOUVIENT	16 000 $	13 750 $
03-05113	COMITÉ VAS'Y DE SAINT-RAYMOND	114 548 $	111 863 $
03-06330	COMMUNAUTÉS SOLIDAIRES	31 767 $	25 000 $
03-06165	COURTEPOINTE (LA)	50 000 $	48 495 $
03-06105	CROISSANCE-TRAVAIL	882 032 $	882 032 $

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2012-2013	Subvention accordée 2011-2012
03-06324	CUISINE COLLECTIVE DE BEAUPORT	11 000 $	- $
03-06194	ENTR'ACTES, PRODUCTIONS ARTISTIQUES	94 070 $	88 970 $
03-06094	ENTRAIDE AGAPÉ	69 682 $	68 049 $
03-00746	ENTRAIDE COMMUNAUTAIRE LE HALO (L')	137 598 $	134 373 $
03-05929	ENTRAIDE DES AINES DE SILLERY	59 650 $	58 252 $
03-01925	ENTRAIDE JEUNESSE QUÉBEC	115 745 $	113 032 $
03-06066	ENTRAIDE LES SAULES INC. (L')	44 587 $	39 496 $
03-01192	ENTRAIDE NATURO-LAIT	66 000 $	65 991 $
03-05110	ENTRAIDE SAINTE-FOY	59 650 $	58 252 $
03-01458	ÉPILEPSIE SECTION DE QUÉBEC	41 440 $	35 753 $
03-05198	ÉQUIPE BÉNÉVOLE DE L'INSTITUT (L')	29 271 $	28 254 $
03-05193	FRATERNITÉ SAINTE-MARIE DE VILLE DE VANIER INC. (LA)	143 706 $	140 338 $
03-06186	G.R.I.S. - QUÉBEC	52 134 $	50 912 $
03-01318	GRANDS FRÉRES ET GRANDES SOEURS DE QUÉBEC INC. (LES)	57 848 $	56 492 $
03-00091	GROUPE LES RELEVAILLES	136 000 $	134 373 $
03-03101	LA SOCIETE ALZHEIMER DE QUEBEC	50 303 $	49 124 $
03-06292	L'ANCRAGE DE L'ISLE-AUX-COUDRES	41 997 $	34 990 $
03-06343	LAURA LÉMERVEIL	8 333 $	- $
03-00300	L'AUTRE AVENUE, ORGANISME DE JUSTICE ALTERNATIVE	616 562 $	602 111 $
03-06064	LE MIEUX-ETRE DES IMMIGRANTS	46 273 $	40 124 $
03-06238	LE VERGER, CENTRE COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ MENTALE	105 343 $	102 874 $
03-06079	L'Équilibre / CENTRE D'ENTRAIDE DU TROUBLE AFFECTIF BIPOLAIRE DE QUÉBEC	137 596 $	134 371 $
03-06112	LIBRE ESPACE ORLÉANS INC.	105 470 $	102 998 $
03-06311	L'ODYSSÉE BLEUE INC.	25 900 $	25 000 $
03-06040	MAINS DE L'ESPOIR DE CHARLEVOIX INC.	105 116 $	102 652 $
03-01469	MAMIE-LAIT	39 000 $	34 124 $
03-06007	MARRE REGROUPEMENT DES PARENTS ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE (LA)	249 161 $	243 321 $
03-01803	MOISSON QUÉBEC INC.	65 437 $	63 903 $
03-00014	MOUVEMENT DES SERVICES À LA COMMUNAUTÉ DU CAP-ROUGE INC.	70 445 $	68 794 $
03-03076	ORGANISATION COMMUNAUTAIRE D'ÉCOUTE ET D'AIDE NATURELLE (O.C.E.A.N.)	148 480 $	145 000 $
03-06084	ORGANISATION POUR LA SANTÉ MENTALE OEUVRANT À LA SENSIBILISATION ET À L'ENTRAIDE (O.S.M.O.S.E.)	105 747 $	103 269 $
03-06309	PARENTS-ESPOIR	31 767 $	25 000 $
03-06080	PASSAGE, CENTRE DE THÉRAPIE FAMILIALE EN TOXICOMANIE (LE)	63 224 $	61 742 $
03-03261	POINT DE REPÈRE (1990)	356 980 $	348 613 $
03-05566	POPOTE DE CHARLESBOURG (LA)	54 508 $	53 230 $
03-05124	POPOTE ET MULTI-SERVICES	114 548 $	111 863 $
03-05624	POPOTE ROULANTE LAVAL INC.	25 500 $	25 000 $
03-02704	PRESENCE-FAMILLE SAINT-AUGUSTIN	50 000 $	43 319 $
03-06331	RESSOURCES FAMILIALES LA VIELLE CASERNE DE MONTMORENCY	25 000 $	22 000 $
03-06160	RUCHE VANIER INC. (LA)	63 580 $	62 090 $
03-00212	S.O.S. GROSSESSE	67 101 $	65 528 $
03-06255	SAIRAH SERVICE D'AUTONOMISATION, D'INTÉGRATION ET DE RÉADAPTATION AUX ADULTES AYANT UN HANDICAP INC.	48 379 $	40 432 $
03-06200	SERVICE D'AIDE À L'ADAPTATION DES IMMIGRANTS ET IMMIGRANTES (S.A.A.I.)	67 473 $	65 892 $

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2012-2013	Subvention accordée 2011-2012
03-05115	SERVICE D'ENTRAIDE COMMUNAUTAIRE RAYON DE SOLEIL	90 689 $	88 563 $
03-06275	SERVICES POUR HOMMES IMPULSIFS ET COLÉRIQUES DE CHARLEVOIX	123 731 $	120 831 $
03-06271	SOCIÉTÉ PARKINSON - RÉGION DE QUÉBEC	50 000 $	44 113 $
03-01872	TEL-AIDE QUÉBEC INC.	128 593 $	125 579 $
	Sous-total	9 653 090 $	9 328 916 $
Sensibilisation, promotion et défense des droits			
03-06033	ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTE MENTALE (REGION DE QUEBEC) INC.	137 689 $	134 462 $
03-01059	ASSOCIATION DES PERSONNES HANDICAPÉES DE CHARLEVOIX INC.	52 667 $	47 596 $
03-06043	ASSOCIATION DES PERSONNES HANDICAPÉES DE PORTNEUF	50 000 $	46 370 $
03-01352	ASSOCIATION DES PERSONNES INTÉRESSÉES À L'APHASIE ET À L'ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL (APIA-AVC)	55 742 $	53 670 $
03-02575	ASSOCIATION DU QUÉBEC POUR ENFANTS AVEC PROBLÈMES AUDITIFS (A.Q.E.P.A.) QUÉBEC MÉTRO (03-12) INC.	67 267 $	61 915 $
03-02552	Association Panda Capital Nationale	102 139 $	99 745 $
03-06044	ASSOCIATION POUR L'INTÉGRATION SOCIALE (RÉGION DE QUÉBEC) (L')	50 000 $	45 892 $
03-06187	ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE LA DYSPHASIE, CAPITALE-NATIONALE	85 989 $	77 132 $
03-01011	AUTISME QUÉBEC	132 856 $	129 742 $
03-02221	CARREFOUR FAMILIAL DES PERSONNES HANDICAPÉES	120 869 $	117 711 $
03-06229	COMITÉ D'AIDE AUX FEMMES SOURDES DE QUÉBEC	117 776 $	115 016 $
03-02788	ESPACE REGION DE QUEBEC	186 783 $	182 405 $
03-02136	REGROUPEMENT DES PERSONNES HANDICAPÉES VISUELLES (RÉGIONS 03-12)	123 261 $	119 523 $
03-06152	REGROUPEMENT POUR L'INTÉGRATION SOCIALE DE CHARLEVOIX	57 200 $	54 231 $
03-02035	SEXPLIQUE	103 923 $	101 487 $
03-02409	VIOLENCE INFO	185 082 $	180 744 $
	Sous-total	1 629 243 $	1 567 641 $
Hébergement communautaire			
03-01344	GITE JEUNESSE INC.	464 873 $	453 978 $
03-06293	MAISON COMMUNAUTAIRE MISSINAK - RESSOURCE D'HÉBERGEMENT ET DE RESSOURCEMENT POUR FEMMES AUTOCHTONES ET LEURS FAMILLES	530 598 $	518 162 $
03-00045	MAISON DES FEMMES DE QUÉBEC (LA)	707 204 $	690 629 $
03-02799	MAISON DU COEUR POUR FEMMES	645 252 $	630 129 $
03-00154	MAISON HÉLÈNE LACROIX	676 899 $	666 380 $
03-00715	MAISON LA MONTÉE (LA)	662 700 $	647 168 $
03-00504	MAISON MARIE-ROLLET	728 064 $	711 000 $
03-00812	MAISON POUR FEMMES IMMIGRANTES	728 731 $	711 651 $
03-00022	MAISON RICHELIEU HÉBERGEMENT JEUNESSE SAINTE-FOY INC.	382 064 $	373 109 $
03-02513	MIREPI, MAISON D'HÉBERGEMENT INC.	711 083 $	694 417 $
03-06236	SQUAT BASSE-VILLE (Gite du Nomade)	217 975 $	139 624 $
	Sous-total	6 455 443 $	6 236 247 $
Milieux de vie			
03-06141	AMICALE ALFA DE QUÉBEC	58 077 $	56 716 $
03-06030	ARC-EN-CIEL ORGANISME COMMUNAUTAIRE EN SANTÉ MENTALE	553 257 $	540 290 $
03-02561	ARCHIPEL D'ENTRAIDE (L')	215 559 $	210 507 $
03-03010	ASSOCIATION ALTI	87 197 $	81 343 $
03-01489	ASSOCIATION DES PERSONNES HANDICAPÉES DE CHARLESBOURG	87 708 $	79 650 $

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2012-2013	Subvention accordée 2011-2012
03-01456	AUTONHOMMIE, CENTRE DE RESSOURCES SUR LA CONDITION MASCULINE (QUÉBEC) INC. (L')	163 039 $	159 218 $
03-06201	CABANON MAISON DES JEUNES DE LAC-BEAUPORT (LE)	73 583 $	71 858 $
03-06065	CAFÉ-RENCONTRE DU CENTRE-VILLE (QUÉBEC) INC.	71 805 $	70 122 $
03-06196	CENTRE CASA (1997)	153 619 $	150 019 $
03-00138	CENTRE COMMUNAUTAIRE L'AMITIÉ INC. (LE)	214 671 $	209 640 $
03-06073	CENTRE DE CROISSANCE RENAISSANCE INC.	375 393 $	366 595 $
03-06075	CENTRE DE JOUR FEU VERT INC.	273 437 $	267 028 $
03-06096	CENTRE DE JOUR L'ENVOL INC.	105 470 $	102 998 $
03-03203	CENTRE DE TRAITEMENT DES DÉPENDANCES LE RUCHER	233 277 $	227 810 $
03-01671	CENTRE DES FEMMES DE CHARLEVOIX	185 248 $	180 906 $
03-00609	CENTRE DES FEMMES DE LA BASSE-VILLE (LE)	185 248 $	180 906 $
03-01621	CENTRE FEMMES AUX 3 A DE QUÉBEC INC.	185 093 $	180 755 $
03-02041	CENTRE FEMMES D'AUJOURD'HUI	185 247 $	180 905 $
03-00144	CENTRE INTERNATIONAL DES FEMMES, QUÉBEC	185 179 $	180 839 $
03-06254	CENTRE MULTI-SERVICES 16-30 ANS LA SOURCE	47 253 $	40 124 $
03-03057	CENTRE RÉSIDENTIEL ET COMMUNAUTAIRE JACQUES CARTIER (LE)	121 997 $	119 138 $
03-06256	CENTRE RESSOURCES POUR FEMMES DE BEAUPORT (CRFB)	184 516 $	180 191 $
03-06085	CENTRE SOCIAL DE LA CROIX BLANCHE (RÉGION DE QUÉBEC)	205 481 $	200 665 $
03-02055	CENTRE-FEMMES AUX PLURIELLES	186 082 $	181 721 $
03-00297	CORPORATION D'ANIMATION L'OUVRE-BOITE DU QUARTIER	224 723 $	224 873 $
03-06117	CORPORATION JEUNESSE L'ÉVASION L'ORMIÈRE	70 752 $	69 094 $
03-06137	DEMI-LUNE	124 025 $	121 118 $
03-05189	ENTRAIDE DU FAUBOURG INC.	141 996 $	138 668 $
03-06228	ÉVASION ST-PIE X (L')	204 947 $	200 144 $
03-06109	ÉVEIL CHARLEVOISIEN (L')	367 640 $	359 023 $
03-00852	FORUM-JEUNESSE CHARLEVOIX-OUEST	160 891 $	157 121 $
03-01883	G.A.P.I. GROUPE D'AIDE AUX PERSONNES IMPULSIVES (AYANT DES COMPORTEMENTS VIOLENTS)	284 745 $	278 071 $
03-01115	GROUPE ACTION-JEUNESSE DE CHARLEVOIX	194 812 $	190 246 $
03-02797	MAISON AU SEUIL DE L'HARMONIE		128 543 $
03-03154	MAISON D'AIDE VILLA ST-LEONARD	156 581 $	152 911 $
03-00502	MAISON DE JOB	200 829 $	196 122 $
03-02972	MAISON DE LAUBERIVIERE, AIDE AUX ADULTES EN DIFFICULTÉ	255 105 $	249 126 $
03-00982	MAISON D'ENTRAIDE L'ARC-EN-CIEL INC.	161 897 $	158 103 $
03-00318	MAISON DES JEUNES "LA MARGINALE" INC. (LA)	135 527 $	132 350 $
03-02102	MAISON DES JEUNES DE BEAUPORT EST	159 915 $	156 167 $
03-00768	MAISON DES JEUNES DE BEAUPORT OUEST	144 622 $	141 232 $
03-06127	MAISON DES JEUNES DE BOISCHATEL (LA)	94 500 $	92 285 $
03-01129	MAISON DES JEUNES DE CAP-ROUGE INC. (LA)	128 499 $	125 487 $
03-06128	MAISON DES JEUNES DE DUBERGER	70 839 $	69 179 $
03-00704	MAISON DES JEUNES DE L'ANCIENNE-LORETTE INC. (LA)	101 298 $	98 924 $
03-02381	MAISON DES JEUNES DE LES SAULES ET DE LEBOURGNEUF INC. (LA)	154 000 $	150 390 $
03-06189	MAISON DES JEUNES DE L'ILE D'ORLÉANS (LA)	106 595 $	104 097 $
03-06247	MAISON DES JEUNES DE NEUVILLE	50 000 $	45 098 $

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2012-2013	Subvention accordée 2011-2012
03-06259	MAISON DES JEUNES DE NOTRE-DAME-DES-MONTS (LA)	50 000 $	43 338 $
03-03222	MAISON DES JEUNES DE PONT-ROUGE 125 INC. (LA)	71 335 $	69 663 $
03-02426	MAISON DES JEUNES DE SAINT-ANDRÉ DE NEUFCHÂTEL (LA)	70 836 $	69 176 $
03-03215	MAISON DES JEUNES DE SAINT-AUGUSTIN-DE-DESMAURES INC. (LA)	112 218 $	109 588 $
03-06306	MAISON DES JEUNES DE SAINTE-BRIGITTE-DE-LAVAL	50 000 $	44 432 $
03-06126	MAISON DES JEUNES DE SAINTE-CATHERINE-DE-LA-JACQUES-CARTIER	70 839 $	69 179 $
03-00811	MAISON DES JEUNES DE SILLERY INC. (LA)	82 099 $	80 175 $
03-06224	MAISON DES JEUNES DE ST-EMILE	50 000 $	45 098 $
03-06191	MAISON DES JEUNES DE ST-FERREOL-LES-NEIGES	81 464 $	79 555 $
03-06208	MAISON DES JEUNES DE ST-RAYMOND INC. (LA)	39 000 $	38 500 $
03-02416	MAISON DES JEUNES DE WENDAKE INC. (LA)	65 932 $	64 387 $
03-00767	MAISON DES JEUNES DU LAC SAINT-CHARLES INC.	100 915 $	98 550 $
03-00128	MAISON DES JEUNES DU QUARTIER ST-JEAN-BAPTISTE (LA)	150 000 $	150 000 $
03-00299	MAISON DES JEUNES LA PARENTHÈSE (LA)	126 653 $	123 685 $
03-06223	MAISON DES JEUNES L'ATOME	50 278 $	48 807 $
03-06203	MAISON DES JEUNES L'ÉNIGME DE BEAUPRÉ	50 000 $	47 752 $
03-00464	MAISON DES JEUNES L'ENVOL DE SAINTE-FOY INC.	125 530 $	122 588 $
03-01999	MAISON DES JEUNES L'ESCAPADE DE VAL-BÉLAIR	141 996 $	138 668 $
03-00301	MAISON DES JEUNES L'EXODE DE LIMOILOU (LA)	118 885 $	116 099 $
03-02262	MAISON DES JEUNES L'INTÉGRALE INC. (LA)	188 495 $	184 077 $
03-06213	MAISON L'ÉCLAIRCIE	292 242 $	285 393 $
03-01804	MAISON MARIE FRÉDÉRIC	377 537 $	368 688 $
03-06070	MÈRES ET MONDE - CENTRE DE RESSOURCES POUR JEUNES MÈRES	45 502 $	38 414 $
03-01594	MOUVEMENT D'INFORMATION ET D'ENTRAIDE DANS LA LUTTE CONTRE LE S.I.D.A. (MIELS-QUÉBEC) À QUÉBEC	585 812 $	572 082 $
03-02834	OEUVRES DE LA MAISON DAUPHINE INC. (LES)	213 494 $	208 490 $
03-06139	ORGANISATION QUÉBÉCOISE DES PERSONNES ATTEINTES DU CANCER (1984) INC.	86 340 $	84 316 $
03-06144	PAVOIS (LE) - PROGRAMME D'ACTIVITÉS VALORISANTES OFFRANT INTERACTION ET SOUTIEN	847 373 $	827 513 $
03-00671	PROJET-INTERVENTION-PROSTITUTION QUÉBEC INC.	195 367 $	190 788 $
03-03068	REGROUPEMENT ACTION PRÉVENTION JEUNESSE DES LAURENTIDES	100 605 $	98 247 $
03-00210	RELAIS D'ESPÉRANCE	61 434 $	59 994 $
03-06158	RELAIS LA CHAUMINE INC.	272 838 $	266 443 $
03-06161	RÉSIDENCE LE PORTAIL	251 658 $	245 760 $
03-02418	RESSOURCES GENESIS CHARLEVOIX INC.	66 308 $	64 754 $
03-05187	SERVICE AMICAL BASSE-VILLE INC.	173 898 $	169 822 $
03-06169	SERVICE D'ENTRAIDE L'ESPOIR (QUÉBEC)	105 401 $	102 931 $
03-06093	SOLIDARITÉ FAMILLES DUBERGER-LES SAULES	40 734 $	33 757 $
03-06068	TRAME D'ACTIONS ET D'INITIATIVES CONCERTÉES (T.R.A.I.C.) JEUNESSE	144 649 $	141 259 $
03-06004	TRIP JEUNESSE BEAUPORT	81 339 $	79 433 $
03-01536	UNITÉ DOMRÉMY DE CLERMONT INC.	50 000 $	47 477 $
03-00140	VIOL-SECOURS	363 227 $	320 744 $
03-00016	VISION D'ESPOIR DE SOBRIÉTÉ	95 739 $	93 495 $
	Sous-total	14 280 146 $	14 001 433 $

Numéro du dossier	Nom de l'organisme	Subvention accordée 2012-2013	Subvention accordée 2011-2012
Financement par objectifs			
03-05111	ACTION BÉNÉVOLE DE ST-BASILE INC.	4 376 $	4 273 $
03-02022	AIDE À LA COMMUNAUTÉ ET SERVICES À DOMICILE	28 379 $	27 714 $
03-06154	ALLIANCE DES GROUPES D'INTERVENTION POUR LE RÉTABLISSEMENT EN SANTÉ MENTALE (AGIR EN SANTÉ MENTALE)	69 810 $	68 174 $
03-06019	ARCHE L'ÉTOILE INC. (L')	428 724 $	384 091 $
03-02561	ARCHIPEL D'ENTRAIDE (L')	77 078 $	75 271 $
03-06289	ASSOCIATION DES LARYNGECTOMISÉS DE QUÉBEC INC.	7 163 $	6 995 $
03-06270	ASSOCIATION DES PERSONNES UTILISATRICES DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE DE LA RÉGION DE QUÉBEC (03)	88 196 $	86 148 $
03-06288	ASSOCIATION DES SOURDS DE QUÉBEC INC.	11 692 $	11 418 $
03-00146	ASSOCIATION Y.W.C.A. DE QUÉBEC	157 861 $	154 161 $
03-06281	ATELIER DE LA MEZZANINE	151 879 $	148 319 $
03-01011	AUTISME QUÉBEC	- $	206 915 $
03-06061	AUTO-PSY (RÉGION DE QUÉBEC)	77 097 $	75 290 $
03-00038	CENTRE D'ACTION BÉNÉVOLE DE QUÉBEC INC.	59 990 $	58 584 $
03-06072	CENTRE DE CRISE DE QUÉBEC	2 407 966 $	2 351 529 $
03-06143	COMITÉ D'ACTION DES PERSONNES VIVANT DES SITUATIONS DE HANDICAP (CAPVISH) (LE)	88 576 $	86 500 $
03-01971	CORPORATION CITE-JOIE INC. (LA)	- $	76 993 $
03-06147	ÉCOUTE SECOURS	21 128 $	20 633 $
03-06276	FONDATION DE LA GREFFE DE MOELLE OSSEUSE DE L'EST DU QUÉBEC	29 543 $	28 851 $
03-06015	FONDATION FÊTE D'ENFANT DÉDÉ INC.	20 016 $	19 547 $
03-06211	LE GRAND CHEMIN INC.	413 696 $	405 585 $
03-06252	MAGNIFIQUE INC. (LE)	25 762 $	11 486 $
03-06315	PAVOIS (LE) DE LORETTEVILLE	108 917 $	106 364 $
03-06316	PAVOIS (LE) DE STE-FOY	148 917 $	06 364 $
03-06168	PETIT RÉPIT (LE)	35 513 $	34 681 $
03-03258	PROGRAMME D'ENCADREMENT CLINIQUE ET D'HÉBERGEMENT, P.E.C.H.	1 112 970 $	1 086 885 $
03-01904	REGROUPEMENT DES AINES DE ST-EMILE	7 214 $	7 045 $
03-06150	REGROUPEMENT DES GROUPES DE FEMMES DE LA RÉGION DE LA CAPITALE-NATIONALE (PORTNEUF-QUÉBEC-CHARLEVOIX)	17 908 $	17 488 $
03-06022	REGROUPEMENT DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES DE LA RÉGION 03	229 553 $	224 173 $
03-06216	REGROUPEMENT DES ORGANISMES DE PERSONNES HANDICAPÉES DE LA RÉGION 03 (ROP 03)	16 195 $	15 815 $
03-06041	REGROUPEMENT POUR L'AIDE AUX ITINÉRANTS ET ITINÉRANTES DE QUÉBEC	53 790 $	52 529 $
03-05195	SERVICE D'ENTRAIDE BASSE-VILLE INC.	85 214 $	83 217 $
03-05186	SERVICE D'ENTRAIDE ROCAMADOUR	112 731 $	110 089 $
03-06164	SERVICE REGIONAL D'INTERPRETARIAT DE QUEBEC INC.	100 535 $	98 179 $
03-06052	SOCIÉTÉ GRAND VILLAGE INC. (LA)	9 409 $	9 188 $
03-06179	SOCIÉTÉ SAINT-VINCENT DE PAUL DE QUÉBEC (LA)	39 358 $	38 436 $
	Sous-total	6 247 156 $	6 298 930 $
	Total programme de soutien aux organismes communautaires	**38 265 078 $**	**37 433 167 $**

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Québec

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
555, boulevard Wilfrid-Hamel Est
Québec (Québec) G1M 3X7
Téléphone : 418 525-1500
418 525-1502 (ATS)
Ligne Info-Agence : 418 525-1495
Télécopieur : 418 529-4463
www.rsss03.gouv.qc.ca